



**Żłobek Miejski w Lubawie
„Akademia Maluszka”**

14-260 Lubawa, ul. Rzepnikowskiego 9/2
NIP 744-181-42-67
tel. 502-870-626
mail: zlobek@lubawa.pl
strona internetowa: zlobek.lubawa.pl
www.facebook.com/maluszek.lubawa/

Lubawa, dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica / opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....

*Dyrektor
Żłobka Miejskiego w Lubawie
„Akademia Maluszka”*

ZAKOŃCZENIE KORZYSTANIA Z USŁUG ŚWIADCZONYCH PRZEZ ŻŁOBEK

Informuję, że z dniemmija termin obowiązywania umowy zawartej o świadczenie usług przez Żłobek Miejski w Lubawie „Akademię Maluszka” dla mojego dziecka:

W związku z powyższym proszę o skreślenie mojego dziecka z listy wychowanków żłobka. Jednocześnie zobowiązuje się do rozliczenia finansowego ze żłobkiem w terminie do dnia.....
Nadpłatę za wyżywienie proszę o przekazanie na konto:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer konta bankowego)

którego właścicielem jest
(Imię i nazwisko)

.....
(podpis rodzica)