|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\Żłobek_1\Downloads\baner żłobek_rgb.jpg | **Żłobek Miejski w Lubawie**  **„Akademia Maluszka”**  14-260 Lubawa, ul. Św. Barbary 45  NIP 744-181-42-67  tel. 502-870-626 fax 89 645-46-52  mail: [zlobek@lubawa.pl](mailto:zlobek@lubawa.pl)  strona internetowa: zlobek.lubawa.pl  [www.facebook.com/maluszek.lubawa/](http://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 dniem ……………………mija 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)*