

INFORMACJA!

DEKLARACJA KORZYSTANIA Z OBIADÓW W STOŁÓWCE SZKOLNEJ W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 9 W GŁOGOWIE

Zasady korzystania z usług stołówki szkolnej:

- 1) Cena obiadu: 6,00 zł (wrzesień 2026 - czerwiec 2027)
Wpłata za obiady dokonywana jest:
- na konto szkoły (przelew).
Wpłatę należy dokonać w **pierwszych trzech dniach roboczych danego miesiąca**
Bank BNP PARIBAS 85 2030 0045 1110 0000 0193
1300 tytułem:
wpłata za obiady / imię i nazwisko dziecka / klasa / za miesiąc /
- 2) **UWAGA: PROSIMY O NIE ZAOKRĄGLANIE KWOT PRZY WPLATACH**
Brak wpłaty w powyższym terminie spowoduje wstrzymanie obiadów.
- 3) Nieobecności dzieci na obiadach należy zgłaszać najpóźniej w tym samym dniu do godz. 8:30 pod numerem telefonu 76 835 04 54, 76 835 69 21 lub osobiście u intendentki szkolnej. **NIE** będą uwzględniane odpisy po przez e-dziennik.
- 4) Wszystkie nieobecności zgłoszone z zachowaniem powyższego terminu będą odliczane od wpłaty za kolejny miesiąc (kontakt z intendentką w celu ustalenia wysokości wpłaty). Nie będą odliczane nieobecności **nie zgłoszone lub zgłoszone po terminie.**
- 5) W miesiącu **czerwcu i grudniu odpisy nie będą odliczane** (zamknięcie okresu finansowego)
- 6) Kwota wpłaty na cały miesiąc będzie podana na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej szkoły.
- 7) W przypadku rezygnacji z obiadów od następnego miesiąca, fakt ten należy zgłosić pisemnie u intendentki szkolnej do 20 dnia miesiąca, w którym uczeń korzysta z obiadów.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

INFORMACJA!

DEKLARACJA KORZYSTANIA Z OBIADÓW W STOŁÓWCE SZKOLNEJ W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 9 W GŁOGOWIE

Zasady korzystania z usług stołówki szkolnej:

- 1) Cena obiadu: 6,00 zł (wrzesień 2026 - czerwiec 2027)
Wpłata za obiady dokonywana jest:
- na konto szkoły (przelew).
Wpłatę należy dokonać w **pierwszych trzech dniach roboczych danego miesiąca**
Bank BNP PARIBAS 85 2030 0045 1110 0000 0193
1300 tytułem:
wpłata za obiady / imię i nazwisko dziecka / klasa / za miesiąc /
- 2) **UWAGA: PROSIMY O NIE ZAOKRĄGLANIE KWOT PRZY WPLATACH**
Brak wpłaty w powyższym terminie spowoduje wstrzymanie obiadów.
- 3) Nieobecności dzieci na obiadach należy zgłaszać najpóźniej w tym samym dniu do godz. 8:30 pod numerem telefonu 76 835 04 54, 76 835 69 21 lub osobiście u intendentki szkolnej. **NIE** będą uwzględniane odpisy po przez e-dziennik.
- 4) Wszystkie nieobecności zgłoszone z zachowaniem powyższego terminu będą odliczane od wpłaty za kolejny miesiąc (kontakt z intendentką w celu ustalenia wysokości wpłaty). Nie będą odliczane nieobecności **nie zgłoszone lub zgłoszone po terminie.**
- 5) W miesiącu **czerwcu i grudniu odpisy nie będą odliczane** (zamknięcie okresu finansowego)
- 6) Kwota wpłaty na cały miesiąc będzie podana na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej szkoły.
- 7) W przypadku rezygnacji z obiadów od następnego miesiąca, fakt ten należy zgłosić pisemnie u intendentki szkolnej do 20 dnia miesiąca, w którym uczeń korzysta z obiadów.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

DEKLARACJA

1. Imię i nazwisko dziecka _____ klasa _____
.....
2. Imię i nazwisko rodzica . _____
tel. kontaktowy
3. Potwierdzam , że zapodałam się z zasadami korzystania-z usług stołówki szkolnej.
4. Deklaruję korzystanie z obiadów w stołówce szkolnej na w / w zasadach w okresie od.... ..do _____. we wszystkie dni miesiąca.
5. Zobowiązuję się do dokonania wpłaty w terminie: pierwszych trzech dniach roboczych danego miesiąca Brak wpłaty w powyższym terminie spowoduje wstrzymanie obiadów.

data podpis rodzica / opiekuna

REZYGNACJA

1. Imię i nazwisko dziecka _____
klasa.....
2. Z dniem rezyduję z obiadów.

.....
data podpis rodzica / opiekuna

DEKLARACJA

1. Imię i nazwisko dziecka _____
klasa.....
2. Imię i nazwisko rodzica . _____
tel. kontaktowy
3. Potwierdzam , że zapodałam się z zasadami korzystania-z usług stołówki szkolnej.
4. Deklaruję korzystanie z obiadów w stołówce szkolnej na w / w zasadach w okresie od.... ..do _____. we wszystkie dni miesiąca.
5. Zobowiązuję się do dokonania wpłaty w terminie: pierwszych trzech dniach roboczych danego miesiąca Brak wpłaty w powyższym terminie spowoduje wstrzymanie obiadów.

data podpis rodzica / opiekuna

REZYGNACJA

1. Imię i nazwisko dziecka _____
klasa.....
2. Z dniem rezyduję z obiadów.

.....
data podpis rodzica / opiekuna