

MENO A PRIEZVISKO RODIČA, ADRESA, PSČ

Materská škola
L. Svobodu č. 22
900 45 Malinovo

Vec: Žiadosť o Vrátenie mylnej platby

Žiadam Vás o vrátenie mylnej platby zo dňa _____, z účtu MŠ VÚB

- IBAN : _____

na účet – IBAN: _____

Za kladné vybavenie vopred ďakujem.

1 príloha

Doklad o zrealizovaní transakcie

V Malinove dňa:

(podpis žiadateľa)