Střední zdravotnická škola
a Vyšší odborná škola zdravotnická,
Mladá Boleslav, B. Němcové 482

PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Souhlas k inkasu pro účet SZŠ – ŠJ 8332181/0100

Školní rok: ……..

Třída: ……..

Jméno a příjmení strávníka, datum narození

……..

Email na strávníka:

……

Bydliště strávníka:

…….

Jméno zákonného zástupce + telefonní kontakt + Email rodiče

……

Banka plátce: …….

Číslo účtu: ……..

podpis zákonného zástupce

Byl/a jsem seznámen/a s vnitřním řádem školní jídelny, který je k přečtení na webu školy a stvrzuji souhlas svým podpisem.

Kontaktní údaje: p.Hlaváčová Jitka - stravne@szsmb.cz tel: 702 265 406

Střední zdravotnická škola
a Vyšší odborná škola zdravotnická,
Mladá Boleslav, B. Němcové 482

PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Souhlas k inkasu pro účet SZŠ – ŠJ 8332181/0100

Školní rok: ……..

Třída: ……..

Jméno a příjmení strávníka, datum narození

……..

Email na strávníka:

……

Bydliště strávníka:

…….

Jméno zákonného zástupce + telefonní kontakt

……

Banka plátce: …….

Číslo účtu: ……..

podpis zákonného zástupce

Byl/a jsem seznámen/a s vnitřním řádem školní jídelny, který je k přečtení na webu školy a stvrzuji souhlas svým podpisem.

Kontaktní údaje: p. Hlaváčová Jitka - stravne@szsmb.cz tel: 702 265 406