

**ŽÁDOST O VRÁCENÍ FINANČNÍHO ZŮSTATKU NA ÚČTU STRÁVNÍKA**

Strávník: ..... Třída: ..... Škola: .....

Variabilní symbol: .....

Jméno zákonného zástupce strávníka: .....

Kontakt na zákonného zástupce: .....

Číslo účtu: ..... / .....

Podpis zákonného zástupce: ..... Datum: .....

Kontakt v případě dotazů: Lucie Haviarová, telefon: 606 097 837, e mail: l.haviarova@arter.cz