

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

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

Variabilní symbol: .....

Jméno zákonného zástupce strávnicka: .....

Kontakt na zákonného zástupce: .....

Číslo účtu: ..... / .....

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

Kontakt v případě dotazů: Simona Svobodová, telefon: +420 604 616 787, e mail: [s.svobodova@arter.cz](mailto:s.svobodova@arter.cz)