

.....
imię i nazwisko rodzica /
opiekuna prawnego

Wałbrzych,

.....
.....
adres

**Zespół Żłobków Samorządowych nr 2
ul. Kasztelańska 7
58-316 Wałbrzych**

Rozwiązanie umowy

Proszę o wypisanie mojego dziecka z Zespołu od dnia
Ewentualną nadpłatę proszę przekazać na mój rachunek bankowy

.....

OŚWIADCZENIE!

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnianie oraz przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumencie przez Zespół Żłobków Samorządowych nr 2 w Wałbrzychu (imię i nazwisko, adres, miejsce zamieszkania, zameldowania, nr konta bankowego) w celu dokonania zwrotu ewentualnej nadpłaty za pobyt dziecka na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Podpis rodzica /opiekuna

.....

wypełnia placówka

Naliczona kwota zwrotu

Zatwierdzono do wypłaty