

Załącznik Nr 1 do Umowy określający zasady zwrotu kosztów przewozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły.

....., dnia.....

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres zamieszkania rodzica, opiekuna,
opiekuna prawnego)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

**Gmina i Miasto Tuliszków
Urząd Gminy i Miasta w Tuliszkowie
Plac Powstańców Styczniowych 1863 r. 1
62-740 Tuliszków
NIP 6681929905**

**Rachunek
o zwrot kosztów przewozu
ucznia niepełnosprawnego do szkoły**

Zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą i Miastem Tuliszków a Panią/Panem

.....

..... zam.....

w sprawie przewozu dzieckado.....

.....

przedstawiam rachunek za miesiąc.....20....r.

Koszt jednorazowego przewozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły wynosi.....zł

Wyliczenie: koszt jednorazowy.....zł x.....dni =zł

(słownie:)

.....

Należność powyższą proszę przekazać na rachunek bankowy :

Nr:.....

.....

(data, podpis opiekuna)