……………………………. Żory , dn……………….

(Imię i nazwisko rodzica)

……………………………

(Dokładny adres)

…………………………….

(Kod pocztowy, miasto)

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej nr 17 z Oddziałami Sportowymi i Mistrzostwa Sportowego,**

**im Stanisława Ligonia**

**w Żorach**

**Wypowiedzenie umowy o świadczeniu usług żywieniowych.**

Dotyczy: ………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko, klasa

Niniejszym informuję, że zgodnie z postanowieniami umowy w sprawie świadczeń usług żywieniowych w Szkole Podstawowej nr 17 z Oddziałami Sportowymi i Mistrzostwa Sportowego, im Stanisława Ligonia w Żorach, z dniem…………………………wypowiadam wyżej wymieniona umowę z zachowaniem ustawowego terminu wypowiedzenia 7 dni. Wypowiedzenie sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Szkoła Podstawowa nr 17 z Oddziałami Sportowymi i Mistrzostwa Sportowego w Żorach, a drugi rodzic lub opiekun ucznia.

……………………………

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

………………………………………………..

Podpis osoby przyjmującej wypowiedzenie