

№ п/п	Наименование Услуг	Стоимость в месяц
1.	Дополнительные платные образовательные и иные услуги:	
	Стоимость услуг:	
3.	Дополнительные услуги питания:	
	Завтрак	
	Обед	
	Полдник	
	Стоимость дополнительных услуг питания:	
	ИТОГО в месяц:	

Полная стоимость дополнительных платных образовательных и иных услуг за весь период обучения (класс ____) в 201__-201__ учебном году обучающегося _____

_____ составляет

(Фамилия Имя Отчество)

_____ рублей в год, в виде ежемесячных платежей, составляющих _____

_____ рублей .

(сумма прописью)

Школа

Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа № 619 Калининского района Санкт-Петербурга

195274, г. Санкт-Петербург,
ул. Д.Бедного, д.4, корп. 2

ИНН 7804085825, КПП 780401001,
ОКТМО 40333000

Лицевой счет 0511034, открытый в Комитете финансов Санкт-Петербурга
Тек. счет 40601810200003000000
БИК 044030001

Северо-Западное ГУ Банка России

Почтовый адрес: 195265, г. Санкт-Петербург,
ул. Черкасова, д. 7, корп. 2
Тел. (812) 290-00-94; (812) 294-73-56

Доверенное лицо школы

(доверенность от 24.02.2016 № 6)

_____ /М.Н. Петрова/

М.П.

Представитель

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

Паспорт гражданина
серии _____ № _____
выдан _____

« ____ » _____ 20__ г.
(дата выдачи)

Зарегистрированный (ая) по адресу:

Проживающий (ая) по адресу:

Телефон: _____

Адрес электронной почты:

_____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка)