Deklaracja korzystania z obiadów w stołówce szkolnej SP 69 w roku szkolnym 2020/2021

1. Nazwisko i Imię ucznia ………………………………………………Klasa………….........
2. Nazwisko i Imię rodzica …………………………..….. Tel. kontaktowy……...................
3. Zasady korzystania z usług stołówki szkolnej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| opcja | Koszt dzienny w abonamencie | Wybór opcji (˅)  |
| Obiad uczniowie klas I-IV | **10,00** |  |
| Obiad uczniowie klas V-VIII | **11,00** |  |

Płatność tylko przelewem **do 5 dnia każdego miesiąca** na numer konta **94 2490 0005 0000 4500 8891 5094**

**Usługi Gastronomiczne Barbara Kowalska ul. Wiktorska 73 02-582 Warszawa**

Tytułem: **wpłata za posiłki/ Nazwisko i Imię dziecka/klasa/opcja/ za miesiąc…**

Nieobecność dziecka na posiłkach należy zgłaszać SMS lub telefonicznie na **numer 698464546** najpóźniej **do godziny 15:00 dnia poprzedniego**. Wszystkie nieobecności zgłoszone z zachowaniem powyższego terminu będą odliczane od wpłaty na kolejny miesiąc.

W przypadku rezygnacji z posiłków na kolejny miesiąc, fakt ten należy zgłosić telefonicznie lub na e-mail: bkow69@wp.pl **do ostatniego dnia miesiąca, w którym uczeń korzysta z posiłków.**

1. Zobowiązuję się do dokonywania opłat w terminie.
2. Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE- zwanego dalej RODO informuję, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest firma Usługi Gastronomiczne Barbara Kowalska (ul. Wiktorska 73, 02-582 Warszawa). Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu świadczenia usługi żywienia i będą wykorzystane tylko do realizacji tego zadania. Zostałam/em poinformowana/y, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwość ich poprawiania, żądania zaprzestania ich przetwarzania.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.
4. Wyrażam zgodę na informowanie o zaległych płatnościach za obiady na podany powyżej telefon kontaktowy.
5. Potwierdzam, że zapoznałam/em się z treścią regulaminu stołówki szkolnej.

………………………… .………………………………….

 Data PODPIS RODZICA/OPIEKUNA