

№ п/п	Наименование Услуг	
1.	Услуги в режиме пребывания «Школа +» , в том числе:	Количество часов в неделю
	Педагогическое сопровождение до 17:00 :	
	а) организация досуговой деятельности обучающихся	
	б) самоподготовка	
	Дополнительная образовательная деятельность (до 4 часов в неделю любой предметной направленности):	
	Стоимость услуг в режиме пребывания «Школа +»:	_____ рублей в месяц
2.	Дополнительные услуги:	Стоимость в месяц
	Стоимость дополнительных услуг:	
3.	Дополнительные услуги питания:	
	Завтрак	
	Обед	
	Полдник	
	Стоимость дополнительных услуг питания:	
	ИТОГО в месяц:	

Оплату по Договору за получение данных услуг обучающимся (класс / ____) в 201__-201__ учебном году _____

(Фамилия Имя Отчество)

в виде ежемесячных платежей, составляющих _____ рублей **гарантирую.**

(сумма прописью)

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

Представитель

Обучающийся

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

195274, г.Санкт-Петербург, ул. Д.Бедного,
д.4, корп. 2
Тел. 290-00-94

(паспортные данные)

ИНН 7804085825, КПП 780401001,
ОКТМО 40333000

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

(адрес места жительства, телефон)

(адрес места жительства, телефон)

(банковские реквизиты)

Доверенное лицо школы
(доверенность от 11.02.2014 № 1)

/М.Н. Петрова/

(подпись)

(подпись)