**P O R O Z U M I E N I E**

Zawarte w dniu .................................. w Bielsku-Białej pomiędzy:

Miasto Bielsko-Biała Młodzieżowym Ośrodkiem Socjoterapii im. T. Kościuszki w Bielsku-Białej ul. Starobielska 9 prowadzonym przez Prezydenta Miasta Bielsko-Biała na prawach powiatu, reprezentowanym przez Dyrektora mgr Beatę Podkańską

a Rodzicem/opiekunem **(wypełnić drukiem)**

**IMIĘ I NAZWISKO MATKI** ………………………………………………………………………………………………………...

**ADRES MATKI** ……………………………………………………………………………………………………………………………

**ADRES E-MAIL**................................................................................................................................

**PESEL MATKI**  ……………………………………………………………………………………………………………………………

**IMIĘ I NAZWISKO OJCA** ……………………………………………………………………………………….....................

**ADRES OJCA** …………………………………………………………………………………………………………………………….

**ADRES E-MAIL**................................................................................................................................

**PESEL OJCA** ……………………………………………………………………………………………………………………………….

 **IMIĘ I NAZWISKO WYCHOWANKA**:…………………………………………………………………………………………..

Zgodnie z § 83 Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie niektórych publicznych placówek systemu oświaty (Dz.U. z 2023r. poz. 651) Rodzice dzieci i młodzieży przebywających w młodzieżowych ośrodkach socjoterapii wnoszą opłatę za posiłki w stołówce ośrodka równą wysokości kosztów surowca przeznaczonego na wyżywienie. Wysokość opłat za posiłki a także termin i sposób ich wnoszenia ustala dyrektor placówki w uzgodnieniu z organem prowadzącym.

 Ustalona dzienna stawka na dzień dzisiejszy wynosi **18 zł**. Miesięczny koszt wyżywienia oblicza się mnożąc stawkę dzienną przez ilość dni obecności wychowanka w placówce w danym miesiącu. Wyliczoną kwotę należy wpłacać z góry do **15-go każdego miesiąca** za dany miesiąc, przelewem na konto Centrum Usług Wspólnych w Bielsku-Białej Banku PKO Bank Polski nr konta **92 1020 2313 0000 3402 1092 1403.** Do dnia 15-go zostanie wystawiona faktura prognoza za wyżywienie w danym miesiącu, a po zakończeniu miesiąca i rozliczeniu, ewentualna korekta faktury.

 Dyrektor placówki Rodzic/opiekun

………………………………………………… …………………………………………………………

Data i podpis Data i podpis