

Grupa 3

Lista płatności za miesiąc KWIECIEŃ 2024r.

Nr dziecka	Pobyt	żywienie	Suma	za przekroczenie godzin opieki 30,00
301	200,00	180,00	380,00	
302	250,00	190,00	440,00	
303	100,00	180,00	280,00	
304	250,00	170,00	420,00	
305	200,00	190,00	390,00	
307	100,00	110,00	210,00	
308	200,00	80,00	280,00	
309	250,00	110,00	360,00	
310	200,00	180,00	380,00	
311	200,00	200,00	400,00	
312	200,00	200,00	400,00	
313	200,00	200,00	400,00	
314	200,00	150,00	350,00	
315	200,00	140,00	340,00	
316	200,00	140,00	340,00	
317	200,00	150,00	350,00	
318	250,00	190,00	440,00	
319	200,00	70,00	270,00	
320	200,00	180,00	380,00	
321	200,00	70,00	270,00	
322	250,00	150,00	400,00	
323	200,00	200,00	400,00	
325	200,00	70,00	270,00	
326	200,00	70,00	270,00	
327	250,00	130,00	380,00	
328	250,00	110,00	360,00	
329	200,00	180,00	380,00	
330	200,00	100,00	300,00	
331	200,00	200,00	400,00	430,00
332	200,00	180,00	380,00	
333	100,00	70,00	170,00	
334	200,00	110,00	310,00	
335	200,00	80,00	280,00	
336	200,00	150,00	350,00	
337	250,00	50,00	300,00	

--	--	--	--	--