Zbójno, dnia ……..……..

……..
Imię i nazwisko

……..……...
Adres zamieszkania

……...
PESEL

……...
Adres zamieszkania

……...
Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W ZBÓJNIE

Zwracam się z prośbą o przekazywanie moich świadczeń realizowanych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zbójnie na podany poniżej numer konta bankowego:

(26-cyfrowy numer rachunku bankowego)

…….
(nazwa banku)

Oświadczam, że jestem:

1. właścicielem
2. współwłaścicielem
3. osobą upoważnioną* do w/w konta bankowego.

……..
(podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić