

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

Modyfikacja danych realizacji nastąpiła w dniu.....