Dębnica Kaszubska, ...20..... r.

OPS Dębnica Kaszubska

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
pesel

.....
adres zamieszkania

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

WNIOSEK O PRZEKAZYWANIE PRZYZNANYCH ŚWIADCZEŃ NA KONTO OSOBISTE INNEJ OSOBY NIŻ WNIOSKODAWCA

.....
imię i nazwisko osoby

.....
pesel /seria nr dowodu

.....
adres zamieszkania

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń na konto osobiste założone

w banku.....

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o każdej zmianie konta.

Wyrażam zgodę na przekazania na moje konto przyznanych świadczyń, które przekaże niezwłocznie po ich otrzymaniu dla w/w .

.....
czytelny podpis

OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W DĘBNICY KASZUBSKIEJ
ul. ANTONIEGO KANI 26, 76-248 DĘBNICA KASZUBSKA
tel/fax: 059/8131564; e-mail: ops.debnicakaszubska@wp.pl