

.....  
miejsowość i data

.....  
<imię i nazwisko>

.....  
<adres>

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wyrażam wolę, aby należne mi świadczenia z pomocy społecznej, zostały przekazane na:

- rachunek bankowy

Numer rachunku:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwa banku: .....

- wypłata w kasie Banku Spółdzielczego w Sławnie Oddział w Sianowie ul. Morska 7  
(autowypłata)

- na konto instytucji

(z wyłączeniem placówek oświatowych, gdzie realizowane jest dożywianie):

Nazwa instytucji i numer konta: .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

.....  
<podpis osoby oświadczającej>

X - właściwie zaznaczyć

\* Oświadczenie dotyczy wniosku

Nr .....

z dnia: .....

.....  
<podpis osoby przyjmującej oświadczenie>

\* Wypełnia pracownik socjalny