Koszalin, dnia ……..

……
(imię i nazwisko)

……..
(adres zamieszkania)

□□□□□□□□□□□

(PESEL)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam wolę aby należne mi świadczenia były:

Przekazywane na mój rachunek bankowy o brzmieniu:

……

……
(nazwa banku, oddział, adres)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Oświadczam, że zostałem poinformowana/y, iż podanie błędnego rachunku bankowego spowoduje brak możliwości przekazania przyznanych świadczeń za co Centrum Usług Społecznych w Koszalinie nie ponosi odpowiedzialności.

…….. ……..
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie) (podpis osoby składającej oświadczenie)