

.....
(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 zostałam poinformowana/y, iż podanie błędnego rachunku bankowego spowoduje brak możliwości przekazania przyznaných świadczeń za co Centrum Usług Społecznych w Koszalinie nie ponosi odpowiedzialności.

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)