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)