Koszalin, dnia ……..

……
(imię i nazwisko)

……
(adres zamieszkania)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(PESEL)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam wolę aby należne mi świadczenia były:

1. ☐ Wypłacane w kasie*
2. ☐ 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 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koszalinie nie ponosi odpowiedzialności.

…….. ……..

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie) (podpis osoby składającej oświadczenie)

*Właściwe zaznaczyć znakiem X

Koszalin, dnia ……..

……
(imię i nazwisko)

……
(adres zamieszkania)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(PESEL)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam wolę aby należne mi świadczenia były:

1. ☐ Wypłacane w kasie*
2. ☐ 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 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koszalinie nie ponosi odpowiedzialności.

…….. ……..

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie) (podpis osoby składającej oświadczenie)

*Właściwe zaznaczyć znakiem X