Sosnowiec, dnia .....

.....
(Nazwisko i imię)

(PESEL)

....
(Ulica) *(Numer domu / mieszkania)*

☎ .....
(Numer telefonu)

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W SOSNOWCU

Zwracam się z prośbą o dokonywanie płatności od miesiąca ..... 20.....r. przysługujących mi świadczeń na niżej wskazany rachunek bankowy:

.....
(Podać dokładną nazwę i adres banku)

(Numer rachunku bankowego – 26 cyfr)

Jednocześnie oświadczam, że nie będę rościł/a pretensji wobec MOPS Sosnowiec w przypadku błędnie podanego przeze mnie numeru rachunku bankowego.

.....
(Podpis)

**) niepotrzebne skreślić*

	Nazwisko i imię	*Data*	*Podpis*
Przyjął:			
Przekazano do:			
Wprowadził:			