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)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(numer rachunku)

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)

***Właściwe zaznaczyć znakiem X**