

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 zostałam 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**