

Koszalin, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam wolę aby należne mi świadczenia były:

- ☐ Wypłacane w kasie*
- ☐ 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)

*Właściwe zaznaczyć znakiem X

Koszalin, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam wolę aby należne mi świadczenia były:

- ☐ Wypłacane w kasie*
- ☐ 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.

.....
osoby przyjmującej oświadczenie)

..... (podpis
(podpis osoby składającej oświadczenie)

*Właściwe zaznaczyć znakiem X