

Włocławek, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

.....
(nr telefonu)

PESEL

Nr sprawy

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
ul. Ogniowa 8/10
87-800 Włocławek

O Ś W I A D C Z E N I E

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń.....

.....

na nw. konto:

Nazwa Banku

od miesiąca 20..... roku

.....
podpis

UWAGI: