Data.....

.....
Imię i Nazwisko

.....

.....
adres zamieszkania

.....
data urodzenia

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Ksawerowie

Proszę o przekazywanie / zmianę rachunku bankowego wypłat * świadczeń rodzinnych/ świadczeń wychowawczych/ świadczeń z funduszu alimentacyjnego * na poniższy rachunek bankowy:

od miesiąca .....

* niepotrzebne skreślić

** w przypadku, gdy wnioskodawca nie jest jedynym właścicielem rachunku bankowego należy wskazać dane właściciela/współwłaściciela:

.....
(Imię i Nazwisko posiadacza/ współwłaściciela rachunku bankowego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
podpis