Dane wnioskodawcy / świadczeniobiorcy Wojnicz, dn. ….....

.....
(imię i nazwisko)

….....

….....
(adres zamieszkania)

….....
(PESEL)

Dane właściciela rachunku bankowego
(wypełnić, jeżeli są inne niż dane
wnioskodawcy / świadczeniobiorcy)

.....
(imię i nazwisko)

….....

….....
(adres zamieszkania)

….....
(PESEL)

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wojniczu

Oświadczenie dotyczące sposobu płatności

Numer rachunku osobistego:

		-				-					-				-				-				-					

Nazwa i siedziba banku: ….....

….....

….....
(czytelny podpis)