

.....
IMIĘ I NAZWISKO
.....

.....
ADRES ZAMIESZKANIA
.....

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Skrwilnie

Proszę od dnia r. przekazywać moje świadczenie w postaci zasiłku
stałego/okresowego/celowego*

na konto bankowe

nazwa.....

nr.....

którego właścicielem jest

.....
Podpis

*niepotrzebne skreślić