

Zgoda na przekazywanie świadczeń rodzinnych/świadczeń z funduszu alimentacyjnego**
na rachunek bankowy

Baboszewo, dn.

.....
/imię i nazwisko/

.....
adres /
.....

PESEL.....

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Baboszewie**

Wyrażam zgodę na przekazywanie świadczeń rodzinnych / świadczeń z funduszu alimentacyjnego** w
całości na rachunek bankowy

Nr.....

Prowadzonego przez bank.....

** niepotrzebne skreślić

.....
/ podpis