Druk nr 2

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W MALBORKU
ul. Słowackiego 74 82-200 Malbork

tel./fax.: 647-27-81, 647-16-11, 647-16-08

…….
miejscowość, data

……
nazwisko i imię

……
adres

PROŚBA O PRZELEW NA KONTO BANKOWE

Proszę o przekazywanie przyznanych mi świadczeń rodzinnych, opiekuńczych lub świadczeń z funduszu alimentacyjnego na niżej wymienione konto bankowe:

Właścicielem Konta bankowego jest Pan/Pani ……

Nazwa banku:……..

Nr konta bankowego – 26 cyfr: ☐☐ – ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐
☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

……
podpis wnioskującego