........................................................ Radymno, dnia ...................................

 (Imię i nazwisko)

.......................................................

 (Adres)

Pesel:……………………………

# **POLECENIE DOKONYWANIA WYPŁAT ŚWIADCZEŃ**

 Proszę o dokonywanie do odwołania **wypłat świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej**

od miesiąca………………………………202…..r.

 na wskazany poniżej rachunek bankowy

………………..……......................................................................................................................

 (pełna nazwa banku i oddział)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nr: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 .........................................................................

 **(czytelny podpis)**