DOBRYSZYCE, dnia .....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsce zamieszkania)

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Dobryszycach
ul. Wolności 8, 97-505 Dobryszyce

OŚWIADCZENIE

Upoważniam GOPS w Dobryszycach do przekazywania należnych świadczeń rodzinnych, opiekuńczych, świadczenia wychowawczego, świadczeń z funduszu alimentacyjnego
na konto bankowe od dnia .....

Nazwa banku .....

Numer konta bankowego:

.....
(Podpis składającego oświadczenie)

[1] *niepotrzebne skreślić*