OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE FORMY WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ

Należy zaznaczyć tylko jedną formę przekazywania świadczeń !!!

(niezależnie od rodzaju, świadczenia mogą być przekazywane za pomocą tylko jednej formy płatności)

Imię i nazwisko .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

Adres .....

☐ **Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia na rachunek bankowy:**

.....

(nazwa banku, oddział)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(numer rachunku - 26 cyfr)

Oświadczam, że jestem właścicielem / współwłaścicielem / osobą upoważnioną*) do w/w konta bankowego

*) niepotrzebne skreślić

☐ **Odbiorę w punkcie kasowym / placówce banku:**

.....

(nazwa i adres punktu kasowego / placówki banku)

.....

(data podpis osoby ubiegającej się)

Osoba ubiegająca się o wypłatę świadczenia zobowiązana jest do informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na formę i sposób wypłaty świadczenia (np. zmiana numeru konta, adresu zamieszkania).

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 **OPS SR 025**

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE FORMY WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ

Należy zaznaczyć tylko jedną formę przekazywania świadczeń !!!

(niezależnie od rodzaju, świadczenia mogą być przekazywane za pomocą tylko jednej formy płatności)

Imię i nazwisko .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

Adres .....

☐ **Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia na rachunek bankowy:**

.....

(nazwa banku, oddział)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(numer rachunku - 26 cyfr)

Oświadczam, że jestem właścicielem / współwłaścicielem / osobą upoważnioną*) do w/w konta bankowego

*) niepotrzebne skreślić

☐ **Odbiorę w punkcie kasowym / placówce banku:**

.....

(nazwa i adres punktu kasowego / placówki banku)

.....

(data podpis osoby ubiegającej się)

Osoba ubiegająca się o wypłatę świadczenia zobowiązana jest do informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na formę i sposób wypłaty świadczenia (np. zmiana numeru konta, adresu zamieszkania).

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 **OPS SR 025**