

Data

Imię i nazwisko:

Adres:

.....

[illegible]

- świadczeń rodzinnych*)
- świadczenia wychowawczego*)
- świadczeń z pomocy społecznej*)

[illegible]

(numer rachunku bankowego – 26 cyfr)

w banku
(nazwa banku)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

*) niepotrzebne skreślić