

.....

Dąbrowa Górnicza, dnia

.....

.....
(PESEL, imię, nazwisko i adres świadczeniobiorcy)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Dąbrowie Górniczej
Dział Świadczeń Rodzinnych

Proszę o przekazywanie przysługujących mi świadczeń rodzinnych od
miesiąca.....na moje konto osobiste podane poniżej:

┌ ┌ -┌ ┌ ┌ ┌ -┌ ┌ ┌ ┌ -┌ ┌ ┌ ┌ -┌ ┌ ┌ ┌ -┌ ┌ ┌ ┌ -┌ ┌ ┌ ┌

.....
podpis pracownika

.....
podpis świadczeniobiorcy
