

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

Dąbrowa Górnicza, dnia

(imię, nazwisko i adres świadczeniobiorcy, PESEL)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Dąbrowie Górniczej
Dział Pomocy Osobom Uprawnionym
do Alimentów

Proszę o przekazywanie przysługujących mi świadczeń z funduszu alimentacyjnego od
miesiąca.....na konto bankowe podane poniżej:

L L - L L L L - L L L L - L L L L - L L L L - L L L L - L L L L

.....
podpis pracownika

.....
podpis świadczeniobiorcy