Żmigród, dnia …....................................

…................................................

 *(imię i nazwisko)*

***……………………………………***

 *(PESEL)*

….................................................

….................................................

 *(adres zamieszkania)*

**P O D A N I E**

Proszę o wypłatę świadczeń:

□ świadczeń rodzinnych

□ świadczeń z funduszu alimentacyjnego

□ świadczenie pielęgnacyjne

□ zasiłek pielęgnacyjny

□ ……………………………………………………………………..

***\*zaznacz odpowiedni kwadrat***

począwszy od miesiąca …................................ ……….. r. przelewem na konto:

**1) NUMER RACHUNKU:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |

Nazwa Banku:

…..................................................................................................................................................................

Właściciel numeru rachunku:

 …………………………………………………………………………………………………………….

**2) PRZEKAZEM POCZTOWYM**

 ….........................................……

  *(podpis)*

***\* właściwe podkreślić***