Chojnice, dnia.....

…….....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
adres

…….....

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
Dział Świadczeń Wychowawczych,
Rodzinnych i Alimentacyjnych
89-600 Chojnice, ul. pl. Niepodległości 7

☐ 1. Proszę o przekazywanie przyznanych mi świadczeń na konto nr:

w banku:.....

właściciel konta:.....

.....
podpis