Zabrze, dn. ……..…

Imię, nazwisko:

……

Adres:

…….

Data urodzenia:

…….

Pesel:

Zwracam się z prośbą o przekazywanie wszelkich świadczeń wypłacanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu od miesiąca kwietnia 2020 r. na poniższy rachunek bankowy.

		-				-					-					-					-					-				

……..

podpis