…………………………………….. Iława, dn……………..……

Imię i nazwisko

……………………………………..

adres zamieszkania

………………………………………

kod pocztowy, miejscowość

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Iławie

 ul. Andersa 3 a

 14-200 Iława

**Wnoszę o przekazywanie świadczeń**

**na poniższy rachunek bankowy**

Pełna nazwa banku ( oddziału)…………………………………………………………………………………………………….

Pełen numer rachunku………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko posiadacz rachunku…………………………………………………………………………………………….

Adres posiadacza rachunku………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………..

data i podpis osoby składającej wniosek