……………………………………………

Miejscowość, data

…………………………………………………

Imię i nazwisko

…………………………………………………..

………………………………………………….

Adres

…………………………………………………..

Nr telefonu

Dyrektor

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Legionowie

ul. Gen. W. Sikorskiego 11

05 -119 Legionowo

**OŚWIADCZENIE**

W związku z uzyskaniem pomocy finansowej przyznanej decyzją Wojewody ………………………………….
o nr ……………………………………. wydanej dnia …………………………………………….. proszę o jej przekazanie na nr rachunku bankowego ……………………………………………………………………………………………………………
w banku ……………………………………………………………………..

…………………………………………………………..

Czytelny podpis