...............................................................

Imię i Nazwisko

................................................................

................................................................

Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

**\* Proszę o przekazanie przyznanego mi świadczenia ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**

**Na konto bankowe:**

**...............................................................................................................................................................**

**( Nazwa banku)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**( Pełny numer konta bankowego)**

**\* Proszę o wypłatę gotówkową przyznanego mi świadczenia ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**

**Seria i numer dowodu osobistego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**.............................................................. .................................................**

**Miejscowość i data Podpis**