

.....dnia

.....
Imię i nazwisko / Nazwa firmy / Właściciela/

.....

.....
Adres do korespondencji

.....
PESEL

.....
REGON

.....
NIP

.....
NUMER TELEFONU

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy
Społecznej w Ostrzeszowie**

Dodatki Mieszkaniowe

Zwracam się z prośbą o przekazanie z dniem dodatków
mieszkaniowych na konto bankowe:

.....
(pełna nazwa oraz adres banku)

.....
(nr konta)

.....
(właściciel konta)

Dodatek mieszkaniowy dotyczy: /Pani (a)

Zamieszka/(łej- łego).....

.....
(data i podpis)