.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

Proszę o wypłatę świadczeń realizowanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej we Wschowie

przelewem na konto od miesiąca .....

.....
(wskazać nazwę i oddział banku)

Numer konta

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

.....
Data i podpis