……., dnia ……

……..
(imię i nazwisko)

……..

……..

……..
(adres i telefon)

PODANIE

Proszę o przekazywanie przyznanych mi świadczeń na rachunek bankowy:

Posiadacz : ……..

Numer : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nazwa banku : ……

Dotyczy świadczeń : ……...

……

Począwszy od miesiąca : ……

……
(data i podpis)