……………………………………

……………………………………

……………………………………

 /adres zamieszkania/

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że ja niżej podpisany/a …………………………………………………………..

(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na przekazywanie przyznanego zasiłku z tytułu pomocy zdrowotnej na poniższe konto:

**Nazwa Banku: …………………………………………………………………………**

**Nr konta:**

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

 ……………………………………

 /czytelny podpis/

Mielec, …………………………… 20….. r.

*\* niewłaściwe skreślić*