……
Imię i Nazwisko

……
Nr PESEL

WNIOSEK O WYPŁACANIE ŚWIADCZEŃ Z:

FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO*/ ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH*/
ŚWIADCZEŃ WYCHOWAWCZYCH (500+)*/ŚWIADCZENIA DOBRY START (300+)

POCZĄWSZY OD MIESIĄCA ……..

NA NR KONTA BANKOWEGO

NAZWA BANKU: ……..

WŁAŚCICIEL KONTA: …….

NR KONTA:

* (Proszę o zaznaczenie właściwego świadczenia)

……..
podpis