

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(adres)

Dyrektor

**Szkoły Podstawowej
w Zespole Szkół Publicznych
w Skołyszynie**

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na dokonywanie wypłaty świadczeń pieniężnych
z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych numer rachunku bankowego**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie wypłaty świadczeń pieniężnych z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szkoły Podstawowej w Zespole Szkół Publicznych w Skołyszynie na poniższy numer rachunku bankowego (NRB):

□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
----	-------	-------	-------	-------	-------	-------

prowadzonego przez bank :
(nazwa banku)

.....
(podpis emeryta/rencisty)

Stwierdzam własnoręcznie podpisu
(czytelny podpis lub pieczętka i podpis)