…… …… dnia……

……

……

Tel. ……

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon)

OŚWIADCZENIE

dla emerytowanych pracowników placówek oświatowych Gminy Kazimierza Wielka

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Zespół Obsługi Ekonomiczno – Administracyjnej Publicznych Szkół i Placówek w Kazimierzy Wielkiej moich świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych z na konto bankowe nr:

(numer konta bankowego)

Nazwa banku ……

Jednocześnie zobowiązuję się do zawiadomienia ZOEAPSiP w Kazimierzy Wielkiej na piśmie o wszelkich zmianach dotyczących podanych wyżej informacji.

……..

(własnoręczny podpis)