

.....  
(miejscowość, data)

Imię i nazwisko .....

Miejsce zamieszkania .....

**Oświadczenie**  
**zgoda na przelew świadczenia na konto**

Wyrażam zgodę na przekazanie mojego świadczenia na moje konto osobiste:

nazwa banku .....

nr konta.....

.....  
(podpis)