

.....
(Nazwisko i imię)

Data.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Proszę o przekazywanie moich świadczeń rodzinnych od miesiąca do kasy.

.....
(Podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów pomocy społecznej (DZ.U. Nr 133 poz. 883 z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych art. 23 ust. 1 pkt. 1)

.....
(Podpis)