.....

(miejscowość , data)

Nazwisko i imię ……..

Miejsce zamieszkania……..

Wrażam zgodę, na przelew świadczeń z ZFŚS dla emeryta/ rencisty przez Szkołę Podstawową we Wrząsowicach **na konto osobiste.**

nazwa banku……

nr konta:

……..

(podpis emeryta/rencisty)