**Miejsko - Gminny**

**Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Nowej Sarzynie**

Załącznik nr 6

…………………………

(imię i nazwisko)

…………………………..

(PESEL)

…………………………………..

(adres)

……………………………………

(adres)

**OŚWIADCZENIE**

Proszę o przekazanie stypendium stażowego na wskazane przeze mnie konto bankowe tj.:

nr konta: ..............................................................................................................

Bank: ............................................................................................................

 ……………………

( podpis )