

Alwernia, dnia .....r.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(pesel)

Proszę o wypłatę należnych świadczeń SR FA SW ZDO/SZO \*  
w formie gotówkowej od miesiąca.....

Proszę o przelanie mi należnych świadczeń SRFASWZDO/SZO  
\* na wskazany poniżej rachunek bankowy od miesiąca .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
(podpis wnioskodawcy)

\* zakreślić właściwe