

Choroszcz, dnia.....
(miejsowość, data)

Nazwisko i imię.....

Adres zamieszkania.....

OŚWIADCZENIE

Zgoda na przelew stypendium szkolnego na konto

1. Proszę o przekazywanie mojego stypendium szkolnego za rok szkolny 2024/2025 przez Centrum Usług Wspólnych w Choroszczy na konto o numerze:

nazwa banku.....

nr konta.....

2. Zobowiązuję się do każdorazowego, niezwłocznego powiadomienia Centrum Usług Wspólnych o zmianie numeru konta i innych danych niezbędnych przy wpłacie stypendium na konto.

.....
(podpis)