

Augustów, dnia.....

.....
PESEL.....

16-300 Augustów,.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE

Proszę o przekazywanie należnego mi dodatku osłonowego w **kasie** Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Augustowie.

.....
(podpis)

Pouczenie: Dodatek osłony wypłacony będzie w terminie określonym w Informacji. Kasa Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Augustowie jest czynna w godz. 11.00 do 14.00.