

Starogard Gdański, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(numer telefonu)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
ul. Mickiewicza 9  
83-200 Starogard Gdański**

Proszę o przekazywanie mojej pomocy finansowej z tytułu.....

.....  
na konto bankowe.....  
(właściciel konta bankowego)

**Nazwa banku**.....

**Nr konta**.....

.....  
(podpis)