|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………………………………………..  imię i nazwisko | Wągrowiec,……………………………….2023r |
| ………………………………………………………………………………………………..…... |  |
| …………………………………………………………………………………………………..…  adres zamieszkania |  |
| …………………………………………………………………………………….……………..  nr telefonu |  |

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na wypłacanie mi środków pieniężnych na moje konto bankowe nr

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

w banku …………………………………………………………………………………………………………………………………

w ramach programów refundacyjnych (m.in. za zakup matek pszczelich, odkładów, leków) i innych płatności realizowanych w ramach działalności Koła Pszczelarskiego w Wągrowcu.

………………………………………………………..

podpis