

Susz, dnia

.....
/ imię i nazwisko /

.....
/ adres /

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o możliwości odbioru informacji potwierdzającej przyznanie świadczenia „DOBRY START” w MGOPS w Suszu w pok. 6A.

.....

(czytelny podpis)