Załącznik nr 4

Szczecin,…….....

Oświadczenie dotyczące numeru konta bankowego

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

….....
(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod, miejscowość)

Proszę, aby przyznane dla mnie środki finansowe w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej przekazać na konto o numerze:

……..
(podpis wnioskodawcy)