

-----, dnia -----
(miejscowość)

(imię i nazwisko)

D o
P rezesa
S ą d u -----
w -----

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę co miesiąc kwoty
i przekazywanie na rzecz Fundacji Ochrony Zdrowia „WSPARCIE” w Białymstoku, nr rachunku: 61 1680 1248 0000
3000 1301 1992.*

.....
(czytelny podpis)