

Świnoujście, dnia ..... 2017r.

Imię .....

Nazwisko .....

Pesel .....

Nr i seria dowodu osobistego

.....

Adres zamieszkania .....

.....

Telefon kontaktowy:

.....

**Dyrektor Miejskiego Ośrodka  
Pomocy Rodzinie  
w Świnoujściu**

Zwracam się z prośbą o wypłatę wynagrodzenia przyznanego przez Sąd Rodzinny postanowieniem ..... w kwocie ..... za sprawowanie opieki prawnej nad małoletnim/małoletnią lub ubezwłasnowolnionym /ubezwłasnowolnioną \* .....

.....  
.....

Przyznane wynagrodzenie proszę\*:

- 1) wypłacić w kasie,
- 2) wysłać przekazem pocztowym,
- 3) przelać na konto bankowe nr .....

.....

.....  
(podpis)

\* niepotrzebne skreślić