Świnoujście, dnia …………...….............

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