*Załącznik nr 9 do Regulaminu ZFŚS P25*

………………………………………….

imię i nazwisko emeryta/rencisty

Gdynia, dnia …………………….

…………………………………………

adres do korespondencji

………………………………………….

nr telefonu

**OŚWIADCZENIE EMERYTA/RENCISTY O NUMERZE KONTA BANKOWEGO**

Oświadczam, że będę korzystał/a ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Przedszkola nr 25 w Gdyni. W związku z powyższym podaję nr konta, na które proszę przekazywać ewentualne świadczenia:

Imię i nazwisko właściciela konta: ……………………………………………………………

Nr konta: ……………………………………………………………………………………….

………………………………….

Podpis

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zadań administratora związanych z działalnością socjalną.***

**……………………………………………………..**

data i podpis