

Święta Katarzyna, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Tel. Kontaktowy

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Siechnicach

Dział Świadczeń Rodzinnych

Ul. Żernicka 17

55-010 Święta Katarzyna

Proszę o nierozpatrywanie mojego wniosku o

z dniana dziecko/dzieci.....

ponieważ.....

.....
podpis