



Data :

## ZESTAWIENIE WYBRANYCH PRZEKAZÓW

Strona: 1 / 1

\*\*\*\*\* początek wydruku \*\*\*\*\*

<i>Lp.</i>	<i>ADRESAT</i>	<i>Miejsce przeznaczenia (poczta)</i>	<i>Wartość Kwota zł, gr</i>	<i>Numer przekazu</i>	<i>Opłata zł, gr</i>	<i>Uwagi</i>	<i>Nr nadawczy</i>	<i>Opłata zł, gr</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

<i>Suma</i>	<i>Kwota</i>	<i>Opłata</i>
<i>Na stronie</i>		
<i>Z przeniesienia</i>		
<i>Do przeniesienia</i>		

<i>Kwota:</i>	
<i>Opłata:</i>	
<i>Suma :</i>	

\*\*\*\*\* Koniec wydruku \*\*\*\*

.....  
Sporządził.....  
Spr.pod.wzgl.meryt......  
Spr.pod.wzgl.form.-rach.....  
Dyrektor SCŚ

**WYKAZ PUNKTÓW NA TERENIE MIASTA SZCZECIN W KTÓRYCH  
REALIZOWANE BĘDĄ USŁUGI KASOWE**

lp.	Nazwa osiedla	Adres punktu kasowego	Ilość punktów kasowych
1.	Dąbie		
2.	Zdroje		
3.	Podjuchy		
4.	Słoneczne		
5.	Bukowe		
6.	Wielgowo		
7.	Płonia		
8.	Śródmieście		
9.	Golęcino - Goćław		
10.	Stołczyn		
11.	Skolwin		
12.	Warszewo		
13.	Pogodno		
14.	Gumieńce		
15.	Bezrzecze		
16.	Pomorzany		
17.	Niebuszewo		

.....  
.....  
.....

Szczecin, dnia .....

**UPOWAŻNIENIE**  
**/jednorazowe/**

Upoważniam Pana/Panią ..... legitymującą się  
dowodem osobistym Seria ..... Nr ..... wydanym przez  
..... do odbioru moich świadczeń rodzinnych  
w miesiącu ..... r.

.....  
**/podpis osoby upoważniającej/**

Załącznik nr 4 do umowy

Szczecin, dnia .....

.....  
.....  
.....

**UPOWAŻNIENIE**

**/na czas określony nie przekraczający 3 miesiące/**

Upoważniam Pana/Panią ..... legitymującą się  
dowodem osobistym Seria ..... Nr ..... wydanym przez  
..... do odbioru moich świadczeń rodzinnych  
w miesiącach od ..... do ..... r.

.....

**/podpis osoby upoważniającej/**

**Załącznik nr 5 do umowy**