



**DIECEZJI
SIEDLECKIEJ**

Caritas Diecezji Siedleckiej

**WNIOSEK
O WYPŁATĘ ZALICZKI Z SUBKONTA**

Imię i nazwisko:

(Podopiecznego lub prawnego opiekuna)

Adres:

Telefon kontaktowy:

Proszę o wypłacenie zaliczki z subkonta _____

(nr porozumienia)

oraz przelanie kwoty _____

PLN , słownie _____

na konto nr : _____

Zaliczkę zobowiązuję się przeznaczyć na cel zawarty w porozumieniu o utworzenie subkonta w Caritas Diecezji Siedleckiej oraz rozliczyć w terminie 14 dni od otrzymania rachunków.

(Data i podpis wnioskującego)