



Bank Polski

OŚWIADCZENIE - REZYGNACJA Z UCZESTNICTWA W PROGRAMIE SKO

Dane ucznia:

Imię (imiona) i nazwisko

Nr ewidencyjny PESEL

Miejsce urodzenia i kraj urodzenia

Imiona rodziców i nazwisko panieńskie matki

Adres zamieszkania, kod pocztowy, miejscowość

Dane przedstawiciela ustawowego*/opiekuna prawnego* :

imię (imiona) i nazwisko

nr ewidencyjny PESEL

- Oświadczam, że:
 - wyrażam zgodę na rezygnację mojego dziecka z programu Szkolnej Kasy Oszczędności oraz
 - wyrażam zgodę na zamknięcie rachunku SKO Konto dla Ucznia prowadzonego dla mojego dziecka.
- ** Proszę o wypłatę środków zgromadzonych na rachunku SKO Konto dla Ucznia na wskazany poniżej rachunek bankowy

Numer Rachunku

w

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych własnoręcznym podpisem

Miejscowość

Data

Podpis przedstawiciela ustawowego*/opiekuna prawnego*

Podpis Opiekuna SKO*

Pieczęć funkcyjna i podpis pracownika

* niepotrzebne skreślić

** wypełnić w przypadku gdy wypłata środków zgromadzonych na rachunku SKO Konto dla Ucznia ma nastąpić w formie przelewu na wskazany przez opiekuna prawnego albo przedstawiciela ustawowego rachunek bankowy