

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY**  
nazwa odbiorcy c.d.

**RODZINIE PABIANICE**  
I.K. nr rachunku odbiorcy

9 3 1 0 2 0 3 4 3 7 0 0 0 0 1 6 0 2 0 1 2 2 5 9 1 1

waluta  W  P **PLN** kwota **21,00**

nr rachunku zleceńodawcy (przelew)/kwota słownie (wpłata)  
**dwadzieścia jeden zł 00/100**

nazwa zleceńodawcy

nazwa zleceńodawcy c.d.

tytułem

**wpłata za kartę parkingową wydaną osobie niepełnosprawnej**  
tytułem c.d.

\*niepotrzebne skreślić

pieczęć, data i podpis(y) zleceńodawcy

opłata

odcinek dla odbiorcy

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY**  
nazwa odbiorcy c.d.

**RODZINIE PABIANICE**  
I.K. nr rachunku odbiorcy

9 3 1 0 2 0 3 4 3 7 0 0 0 0 1 6 0 2 0 1 2 2 5 9 1 1

waluta  W  P **PLN** kwota **21,00**

nr rachunku zleceńodawcy (przelew)/kwota słownie (wpłata)  
**dwadzieścia jeden zł 00/100**

nazwa zleceńodawcy

nazwa zleceńodawcy c.d.

tytułem

**wpłata za kartę parkingową wydaną osobie niepełnosprawnej**  
tytułem c.d.

\*niepotrzebne skreślić

pieczęć, data i podpis(y) zleceńodawcy

opłata

odcinek dla banku zleceńodawcy