

**ZARZĄD POWIATU
LESZCZYŃSKIEGO**

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM STAROSTY LESZCZYŃSKIEGO

I. Dane Wnioskodawcy:												
Nazwisko:						Imię:						
Adres:												
Nr tel.:												
II. Dane ucznia ubiegającego się o Stypendium Starosty Leszczyńskiego:												
Nazwisko:						Imię:						
Adres zamieszkania:												
.....												
Nr tel.:						PESEL: <input type="text"/>						
Urząd Skarbowy:												
III. Informacje o szkole:												
Pełna nazwa szkoły:												
.....												
Adres szkoły:												
Klasa:												
IV. Numer Rachunku Bankowego na który zostanie przekazane Stypendium Starosty Leszczyńskiego												
Nazwa Banku:												
Nr rachunku:												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Właścicielem rachunku bankowego jest:												
.....												
Adres:												

