



Fundusze Europejskie  
dla Mazowsza



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**Mazowsze.**  
serce Polski

ES-NR-IV.

Nr ID

## Oświadczenie posiadacza rachunku bankowego

Ja niżej podpisana/y:

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓRA JEST POSIADACZEM RACHUNKU, WSKAZANEGO W UMOWIE STYPENDIALNEJ

**PESEL:**

W PRZYPADKU OSOBY, NIEPOSIADAJĄCEJ PESEL - SERIA I NR KARTY POBYTU, PASZPORTU LUB INNEGO DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ

zamieszkała/y w

ADRES ZAMIESZKANIA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie rachunku bankowego, którego jestem posiadaczem na potrzeby przekazania stypendium dla Stypendysty:

IMIĘ I NAZWISKO STYPENDYSTY

NR ID

Jednocześnie zobowiązuję się do przekazania stypendium, które wpłynie na mój rachunek bankowy w kwocie 6.895 zł Stypendyście.

Miejscowość i data

Czytelny podpis posiadacza rachunku bankowego

(IMIĘ I NAZWISKO)

## Oświadczenie Stypendysty

Ja niżej podpisana/y:

IMIĘ I NAZWISKO PEŁNOLETNIEGO STYPENDYSTY/ IMIĘ I NAZWISKO RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU, GDY STYPENDYSTA JEST OSOBĄ NIEPEŁNOLETNIĄ LUB NIEPOSIADAJĄCĄ PEŁNEJ ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH Z INNYCH PRZYCZYŃ

**PESEL:**

W PRZYPADKU OSOBY, NIEPOSIADAJĄCEJ PESEL - SERIA I NR KARTY POBYTU, PASZPORTU LUB INNEGO DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ

zamieszkała/y w

ADRES ZAMIESZKANIA

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że informacje zawarte w umowie stypendialnej zawartej z Województwem Mazowieckim na rzecz:

IMIĘ I NAZWISKO STYPENDYSTY

NR ID



Fundusze Europejskie  
dla Mazowsza



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**Mazowsze.**  
serce Polski

dotyczące nr rachunku bankowego, na który zostanie przekazane stypendium w ramach projektu pn. „Mazowiecki program stypendialny dla uczniów szkół zawodowych 2024/2025 – Region Warszawski Stołeczny”/ „Mazowiecki program stypendialny dla uczniów szkół zawodowych 2024/2025 – Region Mazowiecki Regionalny” (*niewłaściwe skreślić*) zostały przeze mnie podane dobrowolnie i w razie zaistnienia sytuacji nieotrzymania stypendium w kwocie 6.895 zł od Pani/Pana IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓRA JEST POSIADACZEM RACHUNKU, WSKAZANEGO W UMOWIE STYPENDIALNEJ zamieszkałej/ego w ADRES ZAMIESZKANIA nie będę występować z żadnymi roszczeniami do Województwa Mazowieckiego.

Miejscowość i data

Czytelny podpis Stypendysty

(IMIĘ I NAZWISKO)

Czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego w przypadku, gdy Stypendysta jest osobą niepełnoletnią lub nieposiadającą pełnej zdolności do czynności prawnych z innych przyczyn

(IMIĘ I NAZWISKO)