Nr. ..................................

**CERERE MODIFICARE CONT BANCAR**

Subsemnatul(a)..................................................................................................având domiciliul în municipiul București, sectorul......, str.........................................................nr...... Bl...... Sc....... Ap......., posesor(posesoare) al/a CI/BI seria.......... nr.................., CNP........................................ nr. tel........................... în calitate de beneficiar al stimulentului financiar de 500 lei acordat, conform H.C.G.M.B. nr. 330/2017, persoanelor adulte cu handicap, vă rog să binevoiți a aproba solicitarea de modificare a contului bancar în care se efectuează plata acestuia conform extrasului anexat.

Motivul schimbării contului bancar ........................................................................................... ............................................................................................................................................................

Data Semnătura

*Doamnei Director General al Direcţiei Generale de Asistenţă Socială a Municipiului Bucureşti*

Durată completare formular: 4 min.

Scop: stimulent pentru integrarea socială a persoanelor adulte cu handicap