

Prośba o zwrot kosztów.



Dane stowarzyszenia: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

ul. Nowolipki 2a
00-160 Warszawa

telefon (subkonta): +48 22 119 36 88
mail: mam.szanse@ptsr.org.pl

Dane osoby składającej wniosek

Uzupełnij następujące informacje:

- imię i nazwisko (wpisz po dwukropku):
- adres zamieszkania (wpisz po dwukropku):

- numer telefonu (wpisz po dwukropku):

Wykaz faktur

Zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów dotyczących towarów lub/ i usług, o których mowa w załączniku do uchwały nr 36/PTSR/2025 Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia (PLRiW) według przedstawionego zestawienia faktur. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego zastrzega sobie prawo do odmowy zwrotu kosztów poniesionych za towary/usługi, niewymienione w załączniku do uchwały 36/PTSR/2025.

Lp.	Numer faktury	Kwota
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

SUMA:

Proszę o dokonanie zwrotu na mój rachunek bankowy (wpisz numer rachunku w polu po dwukropku):

--

Oświadczenie o poniesieniu wydatków

Potwierdzam, że wszystkie rachunki/faktury zostały już opłacone. Powyższe faktury i rachunki dotyczą wyłącznie towarów i usług dotyczących mojej osoby.

Pouczona/pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny – Dz.U. nr 88, poz. 553 z 1997 r. ze zmianami) oświadczam, że wydatki z „Prośby o zwrot kosztów” zostały faktycznie poniesione, przedmioty i usługi zostały odebrane/wykonane oraz nie uzyskałam/uzyskałem i nie występowałam/występowałem na ich podstawie o refundację do innej instytucji czy podmiotu.

Prawdziwość powyższych danych, twierdzeń i autentyczność dokumentów potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Czytelny podpis posiadacza rachunku:

Miejscowość i data (wpisz po dwukropku):