



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Ul. Nowolipki 2a
00-160 Warszawa

tel.: (+ 22) 241 39 86
fax: (+ 22) 354 60 26

KRS: 000 008 33 56
REGON: 006237795
NIP: 526-16-73-344
biuro@ptsr.org.pl
www.ptsr.org.pl

Numer rachunku bankowego: 37 1440 1390 0000 0000 1568 3902

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

PROŚBA O ZWROT KOSZTÓW

Zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów dotyczących towarów lub/ i usług, o których mowa w załączniku do uchwały nr 50/PTSR/2018 – Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia (PLRiW)*.

Według przedstawionego zestawienia faktur:

- | | | |
|-----|-----------------|------------|
| 1. | Faktura nr..... | kwota..... |
| 2. | Faktura nr..... | kwota..... |
| 3. | Faktura nr..... | kwota..... |
| 4. | Faktura nr..... | kwota..... |
| 5. | Faktura nr..... | kwota..... |
| 6. | Faktura nr..... | kwota..... |
| 7. | Faktura nr..... | kwota..... |
| 8. | Faktura nr..... | kwota..... |
| 9. | Faktura nr..... | kwota..... |
| 10. | Faktura nr..... | kwota..... |

SUMA :

Załączam oryginały w ilości:..... szt.

Proszę o dokonanie zwrotu na mój rachunek bankowy numer:
.....

Potwierdzam, że wszystkie rachunki/faktury zostały już opłacone ze środków własnych.

Powyższe faktury i rachunki dotyczą tylko i wyłącznie towarów i usług dotyczących mojej osoby.

.....
Czytelny podpis posiadacza subkonta

*Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego zastrzega sobie prawo do odmowy zwrotu kosztów poniesionych za towary/usługi, nie będące wymienione w załączniku do uchwały 50/PTSR/2018 – PLRiW.