



## Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

ul. Nowolipki 2a  
00-160 Warszawa  
tel. 22 241 39 86

KRS: 000 008 33 56  
REGON: 006237795  
NIP: 526-16-73-344

biuro@ptsr.org.pl  
[www.ptsr.org.pl](http://www.ptsr.org.pl)

Konto: 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, niewymienione w załączniku do uchwały 50/PTSr/2018 – PLRiW.