

.....

miejsowość, data

**Rozwiązanie umowy**

Oświadczam, że z dniem ..... rozwiązuję Porozumienie z Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego w sprawie przystąpienia do Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia Stwardnienia Rozsianego.

Równocześnie zrzekam się wszelkich wpłat imiennych kierowanych na konto Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z przeznaczeniem na Program Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia na rzecz Towarzystwa i realizowanych przez nie celów statutowych.

Proszę o anulowanie opłat związanych z prowadzeniem konta ze względu na  
.....  
.....  
.

.....

czytelny podpis