



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

92-318 Łódź, ul. al. marsz. J. Piłsudskiego 133D

Tel./fax: 42 649-18-03

OŚWIADCZENIE nr...../PTSR/2025/ z dnia

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów przejazdu:
ze środków zgromadzonych w ramach Programu Leczenia Rehabilitacji i Wsparcia (PLIR i W)

Oświadczam, że:

1. korzystałem z samochodu prywatnego marki
o nr rej. w celu przejazdu na
.....
2. korzystałem/am ze środków komunikacji publicznej
3. korzystałem/am z przejazdów TAXI

Przyznana kwotę zwrotu środków proszę przekazać na rachunek bankowy o numerze:

1.

Do wniosku dołączam stosowne załączniki:

1. Ewidencja przebiegu pojazdu nr.

.....

(podpis beneficjenta projektu)

Wypełnia Biuro PTSR:

Przyznana kwota zwrotu środków

słownie:

.....

(podpis Pracownika Biura)