

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego O/Łódź
al. marsz J. Piłsudskiego 133D,
92-318 Łódź

.....
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 19/PTSR/2026 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 19/PTSR/2026

- | | | |
|----|-----------------|------------|
| 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..... |

SUMA :

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

Proszę o dokonanie zwrotu na mój rachunek bankowy numer:

.....

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 subkonta