**Redovisning av 2024 års anslag ur Neurofonden**

***- endast en aktivitet per redovisningsblankett - se anvisningar på baksidan -***

**Redovisning av ansökan nummer**

**Förening**

**Beviljat belopp**

**Bidraget har använts till följande aktivitet**

**Aktiviteten genomfördes under tiden**

**Antal deltagare Antal medhjälpare**

**Det beviljade anslaget har använts till följande specificerade kostnader**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort & datum**  | **Totalsumma**  |
| **……………………………………………….**  | **…………………………………………**  |
| **Underskrift av föreningens ordförande**  | **Underskrift av föreningens revisor**  |
| *Namnförtydligande*  | *Namnförtydligande*  |
| **Telefonnummer dagtid** | **Telefonnummer dagtid**  |

**E-post**

**Anvisningar**

* För att nya anslag skall kunna betalas ut måste redovisning av 2024 års erhållna anslag göras.
* Endast en aktivitet per redovisningsblankett.
* Redovisning av 2024 års erhållna anslag skall insändas även om föreningen inte ansöker om anslag för 2025.

Stiftelsen Neurofonden

 Box 4086

 171 04 Solna

* Icke utnyttjade medel skall återsändas till Neurofonden i samband med redovisningen **senast 3 månader** efter genomförd aktivitet eller senast i slutet på januari 2025.

Återbetalning till bankkonto:
Swedbank
clearingnr 8327-9
kontonr 4204403-2

Ange ansökningsnummer.

* Observera att beviljade medel **ej** kan överföras till nästkommande år.