**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.