****

Ansökningsnummer:

**REDOVISNING av EXTRA STÖD 2024**

***- se anvisningar på sida 2 –***

**Föreningens namn:**

**Beviljat belopp:**

**Beviljat ändamål:**

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

**Ort & datum……………………………………………………………**

**………………………………………………. …………………………………………**

**Underskrift av föreningens ordförande Underskrift av föreningens revisor**

……………………………………………… …………………………………………

*Namnförtydligande* *Namnförtydligande*

……………………………………………... …………………………………………

**Telefonnummer dagtid Telefonnummer dagtid**

**Anvisningar för redovisning av Extra stöd 2024**

* Redovisning av extra stöd skall insändas **senast 3 månader**
efter användning eller i slutet av januari 2025.
* Redovisningen skall **godkännas av föreningens revisor**
* Icke utnyttjade medel skall **återsändas** till Neuro på plusgiro 1170-0, skriv att det gäller återbetalning samt ansökningsnummer.
* Beviljade medel **ej** kan överföras till nästkommande år.

**Redovisning skickas till:**

**Neuro**

**Box 4086**

**171 04 Solna**

**Alt.**

**E-post info@neuro.se**