|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Neurofonden**

**Redovisning av Aktivitetsbidrag 2024**

**Ansökningsnummer:**

**Förening: ……………………………………………………………………………………...**

**Adress: ………………………………………………………………………………………..**

**Postadress: …………………………………………………………………………………..**

**Föreningens pg/bg: …………………………………………………………………………**

**Kontaktperson: ………………………………………………………………………………**

**Telefonnr dagtid: …………………………………………………………………………….**

**E-postadress: ………………………………………………………………………………...**

**Aktivitetsbidrag har använts till nedanstående
rekreations- och rehabiliteringsverksamhet.**

**Specificera era merkostnader i samband med beviljad/e verksamhet/er:**

**………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**

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

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

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

**Ort och datum**: **………………………………………………………………………….**

**…………………………………………. ..………………………….…………….
Ordförandens underskrift Revisors underskrift**

 **…………………………………………. ..………………………….…………….
Namnförtydligande Namnförtydligande**

***Redovisning skickas senast 31 december 2024 till:***

***Neuroförbundet Box 4086, 171 04 Solna***