**REKVISITION AV ANSLAG UR NEUROFONDEN FÖR ÅR 2024**

**AKTIVITETSBIDRAG**

|  |  |
| --- | --- |
|  Sänd in med post till med e-post till  |  |

Stiftelsen Neurofonden info@neuro.se

Box 4086

171 04 Solna

|  |
| --- |
| **Härmed rekvirerar vi bidraget med ansökningsnummer:** |
| Förening |  |  |
| Beviljat belopp |  |
| Verksamhet |  |
| Bidraget önskas insatt på föreningens plusgiro: |  |
| Bidraget önskas insatt på föreningens bankgiro: |  |

1. *Rekvirerade anslag skall redovisas senast tre månader efter genomförd aktivitet.*
2. *Ej utnyttjade medel skall återbetalas till Swedbank,
clearing 8327-9, kontonr 4204403-2* ***uppge endast ansökningsnummer.***
3. *Observera att beviljade medel ej kan överföras till nästa år.*

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |
| För förening |  |
| Underskrift |  |
| Namnförtydligande |  |
| Uppdrag i föreningen |  |
| *För Stiftelsen Neurofondens noteringar**Attesteras* *för utbetalning:* | *Utbetalt:* |