Łódź, dn. ………... r.

Imię i Nazwisko ………...……

ul. ………...………...………...

kod ………... miasto ………....

tel. ………...………...………...

e-mail: ………...………...……

**Do Zarządu**

**Polskiego Towarzystwa
Chorób Nerwowo-Mięśniowych**

**Oddział Regionalny w Łodzi**

**93-321 Łódź, ul. Powszechna 15**

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów:

1. zakupu …………………….. niezbędnego do ………….. **[TU WPISZ UZASADNIENIE]**
2. diagnostyki / leczenia ………………..
3. rehabilitacji prowadzonej w miesiącu ……….. przez rehabilitanta ………….w ilości ...h (…....zł/h).

Przedkładam faktury/rachunki VAT wg poniższego zestawienia :

1. faktura nr ….………………... kwota …………………..... (brutto)
2. faktura nr ….………………... kwota …………………..... (brutto)
3. faktura nr ….………………... kwota …………………..... (brutto)

SUMA: ……………………………….

Załączam faktury/rachunki w ilości ….egz.

Środki proszę pobrać z mojego subkonta.

Proszę o przychylne rozpatrzenie mojej prośby, gdyż trudna sytuacja życiowa oraz materialna nie pozwala mi na dłuższe, samodzielne finansowanie powyższych kosztów.

Z poważaniem

Imię Nazwisko

**[USUŃ PONIŻSZE SKŁADAJĄC PODANIE:]**

Uprzejmie informujemy, że w związku ze zmianami w prawie podatkowym, które weszły w życie 1 listopada 2019 r., PTChNM będzie refundować poniesione i opłacone wydatki przez Podopiecznego jeśli faktura będzie wystawiona imiennie na Podopiecznego, Reprezentanta lub Osobę Upoważnioną wraz z danymi adresowymi.

Od 1 listopada 2019 r. wszystkie faktury, rachunki oraz inne dokumenty księgowe (zarówno krajowe, jak i zagraniczne) refundowane przez Towarzystwo powinny być wystawione na dane osoby fizycznej –   tj. dane podopiecznego PTChNM.

Na fakturze wystawca musi wskazać imię i nazwisko Podopiecznego oraz jego dane adresowe.

Przykład:

Nabywca: Jan Kowalski ul. Zielona 15/34, 01-234 Łódź

W  przypadku faktur bądź rachunków, które Towarzystwo ma opłacić bezpośrednio do ich wystawcy –nabywcą/płatnikiem jest Towarzystwo, a odbiorcą Podopieczny PTChNM. Na fakturze wystawca  musi wskazać imię i nazwisko podopiecznego.

Przykład:

Nabywca: Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo-Mięśniowych Oddział Regionalny w Łodzi ul. Powszechna 15 93-321 Łódź NIP: 7291128517

Odbiorca: Jan Kowalski ul. Zielona 15/34, 01-234 Łódź