

.....
miejsowość, data

Rozwiązanie umowy

Oświadczam, że z dniemrozwiązuję Porozumienie z Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego w sprawie przystąpienia do Programu Leczenia i Rehabilitacji Stwardnienia Rozsianego.

Równocześnie zrzekam się wszelkich wpłat imiennych kierowanych na konto Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z przeznaczeniem na Program Leczenia i Rehabilitacji na rzecz Towarzystwa i realizowanych przez nie celów statutowych.

**Proszę o anulowanie opłat związanych z prowadzeniem konta ze względu na.....
.....**

.....
czytelny podpis