

Reumatikerföre
ningen
i Sollefteå
Sökandens
namn:

Inkom den: _____

Ansökan om bidrag ur Gåvofonden

Födelseår: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____ Vid barn, förälders namn

Ändamål för vilket bidrag
sökts: _____

Sökt belopp: _____

Totalkostnad: _____

Egen insats: _____

Har du för samma ändamål fått bidrag från annat håll

Ja

Nej

Om ja, varifrån och med vilket belopp: _____

Har du för samma ändamål sökt bidrag från annat håll

Ja

Nej

Om ja, varifrån och med vilket belopp: _____

Övriga upplysningar: _____

OBS! Läkarintyg eller motsvarande måste bifogas!

Beviljat bidrag skickas till:

Namn: _____

Bank/postgiro: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Datum: _____

Underskrift: _____

Beslut Styrelsen beslutar den: _____ att:

Bevilja bidrag med kr. _____ som insättes på konto/adress enligt ovan.

Ej bevilja bidrag denna gång _____

Diariernr: _____

Kassör