

Ansökan om bidrag ur

ESTRID OCH GUSTAV JOHANSSONS FOND 1 MAJ OCH 1 OKTOBER



UPPGIFTER OM SÖKANDE

Namn	Sökt belopp
Address	Postnr och ort
Telefon	E-post
Plus-/bankgiro	Medlem i epilepsiförening
Även sökt medel från	Sökt belopp

Ej sökt bidrag från annan fond eller liknande

ÄNDAMÅL Beskriv syftet med ansökan, specificera kostnader, innehåll, tidpunkt, egenavgifter m.m.

Datum

Föreningen måste bifoga senaste bokslut och årsberättelse till ansökan. Ofullständigt ifylld ansökan handläggs ej.

Underskrift

Telefon

Epilepsiförbundets noteringar

Inkom _____

Medel till pg/bg _____

Behandlad _____

Redovisas senast _____

Bifall/Avslag _____

Attesteras _____