

Ansökan om bidrag från familjen

Alvar Brodins Minnesfond



OBS! Intyg som styrker diagnos ska bifogas.

| | |
|---------------------|--|
| Förnamn: | |
| Efternamn: | |
| Personnummer: | |
| Gatuadress: | |
| Postnummer och ort: | |
| Telefonnummer: | |
| E-postadress: | |

Jag söker bidrag till (om mer utrymme krävs, bifoga separat bilaga):

| | |
|---|---|
| | |
| Sökt bidrag, kronor: | |
| Praxis för fondens bidrag är att de som mest omfattar 5 000 kronor. | |
| Tidigare beviljat bidrag: | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vilket år: |
| Notera att nya sökande prioriteras. Endast RfCFs medlemmar beviljas bidrag. | |

| | |
|-----------------------------------|--|
| RfCFs noteringar | |
| Ankomstdatum: | |
| Medlem och intyg om diagnos: | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| Behandlad på styrelsemöte, datum: | |
| Beslut: | |