



Astma & Allergiföreningen i Bohuslän

Ansökan om bidrag

För att vara berättigad att söka bidrag krävs

Medlemskap i Astma och Allergiförbundet i minst 24 månader.

Skall bifogas ansökan

Kopia på kvitto för utlägg som avser ansökan. Bifogas en kopia på en faktura ska även en kopia på betalningen (skärmdump på transaktionen via banken) bifogas.

För att ansökan skall kunna behandlas krävs att blanketten är komplett ifylld. Ej kompletta ansökningar lämnas utan åtgärd. Ansökningshandlingarna behandlas med sekretess.

Kontaktuppgifter	
Namn	Medlemsnummer
Adress	
Postnr	Ort
Mobil	E-post

Ansökan avser inkl motivering

Uppgifter kring utbetalning

Om ansökan beviljas önskas beloppet insatt på nedanstående konto.

Kontohavare

Bank

Clearingnummer

Kontonummer

Jag intygar att

Uppgifterna jag lämnat är sanningsenliga och jag är medveten om att ansökan kan avslås utan att motivering behöver anges.

Datum

Ort

Underskrift

Namnförtydligande

Skicka ansökan tillsammans med nödvändiga kopior till:

Astma & Allergiföreningen i Bohuslän
Kapellevägen 1
451 44 UDDEVALLA