



Blodcancerförbundet i Stockholms län

Ansökan om bidrag till patienttrivsel

Ansöker om bidrag för:

.....

Beskrivning av inköp/aktivitet samt vilken betydelse det har för ökad trivsel:
(fortsätt på separat sida vid behov)

.....
.....
.....
.....
.....

Namn

Adress, sjukhus

E-post Tel.....

Befattning och arbetsplats

Totalkostnad..... SEK , v.v. specificera!

Jag/vi ansöker om bidrag från BLC Sth med..... SEK

Jag/vi ansöker om bidrag från andra medSEK v.v. specificera!

Betalning sker enligt överenskommelse om ansökan godkänns.

Ange plusgiro eller bankgiro alternativt namn på bank, clearingnummer och kontonummer

.....

Om jag/vi av någon anledning inte genomför ovanstående inköp/aktivitet förbinder jag/vi mig att omgående återbetala bidraget.

Efter genomförande av ovanstående inköp/aktivitet förbinder jag/vi mig att inom två månader att inlämna en kort skriftlig rapport till nedanstående adress.

Ort: Datum:

Namnteckning:

Namnförtydligande:

Ansökan skickas med e-post till: linda.v.eriksson@gmail.com eller till nedanstående adress.