

ANSÖKAN från förening till Stiftelsen De Blindas Vänner

ansökningsperiod 30 april, och 31 oktober

Samtliga uppgifter nedan ska fyllas i. Ofullständig ansökan eller ansökan innehållande felaktiga uppgifter, kommer inte att behandlas.

Kontaktuppgifter (var god texta)

<i>Organisation</i>	<i>Organisationsnummer</i>
<i>Namn / ordförande</i>	<i>Namn / kassör</i>
<i>Adress</i>	<i>Tel nr</i>
<i>Postnr Ort</i>	<i>E-postadress</i>
<i>Bankkonto inkl clearingnr</i>	<i>Bank</i>

BIFOGA:

- Ansökan med beskrivning av ändamålet för ansökan*
- Verksamhetsberättelse med redogörelse hur förra årets bidrag användes*
- Antal medlemmar _____*
- Budget*
- Årsredovisning*

Vi ansöker om

_____ kronor

Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga och medger att mina uppgifter får databehandlas. (SFS 1998:204). Styrelsens beslut går ej att överklaga.

Ort / Datum

Namnteckning / ordförande

Namnteckning / kassör

Sänd ansökan till

Danske Bank stiftelsetjänst, c/o Stiftelsen De Blindas Vänner, Box 110 55, 404 22 Göteborg