

Stiftelsen

PETTER SILFVERSKIÖLDS MINNESFOND

Bidrag till grupper

av barn och ungdomar med sjukdom eller funktionsnedsättning boende inom Göteborgs kommun eller Bohuslän.

Ansökan om bidrag skall innehålla:

1. Gruppens/föreningens namn
2. Kontaktperson
3. Adress
4. Antal barn/ungdomar under 25 år som ingår i gruppen
5. Kort beskrivning av gruppen
6. Ändamål med bidraget
7. Sökt belopp
8. Uppgift om bidrag sökts från annat håll
9. Bidrag kan utbetalas direkt till bankkonto. Om så önskas - ange bank samt kontonummer
10. Ansökan beviljas ej om aktiviteten är genomförd

Stiftelsen
PETTER SILFVERSKIÖLDS MINNESFOND

c/o Lotta Vesterlund, Regionhabiliteringen, Box 21 062, 418 04 Göteborg
tel 0790-129890, e-post info@pettersilfverskioldsmminnesfond.se
www.pettersilfverskioldsmminnesfond.se

Namn:
skola/förening/projekt

.....

.....

Ort, datum

.....

.....

Underskrift

Namnförtydligande