



**REUMATIKERDISTRIKTET DALARNA**

Myntgatan 10-14

791 62 Falun

TEL/ FAX: 023-284 40

E- post: dalarnas.reumatiker@telia.com

Hemsida: www.dalarna.reumatikerforbundet.org

**BLANKETT FÖR ANSÖKAN AV MEDEL UR REUMATIKERDISTRIKTET DALARNAS  
FORSKNINGS – OCH UTBILDNINGSFOND**

Ansökan kan lämnas Reumatikerdistriktets styrelse kontinuerligt under kalenderåret. Sökanden delges skriftligt besked senast två månader efter ansökans ankomstdatum.

NAMN: \_\_\_\_\_

ADRESS: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_ YRKE: \_\_\_\_\_

ARBETSPLATS / ARBETSGIVARE: \_\_\_\_\_

**ANSÖKAN AVSER FÖLJANDE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bifoga kopior av kursprogram och inbjudan eller annan redogörelse av arrangemanget.

JAG SÖKER BIDRAG MED KRONOR: \_\_\_\_\_

BEVILJAT BIDRAG SKICKAS TILL: \_\_\_\_\_

POSTGIROKONTO \_\_\_\_\_ BANKGIRO \_\_\_\_\_

**Bidrag har även sökts från följande:**

	Erhållet	Ej svar	Avslag
	kr		
	kr		
	kr		

Om jag erhåller bidrag ur fonden förbinder jag mig att i gengäld medverka som föreläsare vid någon av Reumatikerdistriktet Dalarnas aktiviteter eller med skriftlig alternativt muntlig framställning vid tillfälle som Reumatikerdistriktets styrelse finner lämpligt. Jag är medveten om att jag härför endast erhåller reseersättning och ersättning för eventuella utlägg.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Sökandens namnteckning

\_\_\_\_\_  
Verksamhetschef / Arbetsgivarens namnteckning

**Reumatikerdistriktet Dalarna**

**Beviljat  
datum**

**Avslag  
datum**