

# ANSÖKAN OM BIDRAG FRÅN STIFTELSEN SOLHÖJDEN

Datum:

Personuppgifter (ifylles av medlemmen)

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress	Postnummer och postort
Telefon	E-post
Clearingnummer (4-5 siffror) och kontonummer/personkonto	

Medlem i:  Seko  ST

Arbetsgivare	Arbetsställe/ort
--------------	------------------

Diagnos/behandlingsorsak
Vårdgivare/behandlingsinrättning

Handlingar som bifogas:  Intyg  Faktura  Kvitto

Ange de utlägg/kostnader du söker bidrag för

*Genom min underskrift samtycker jag till att stiftelsen behandlar mina personuppgifter för att pröva min ansökan.*

Underskrift
-------------

Ansökan skickas till: Stiftelsen Solhöjden, Seko, Box 1105, 111 81 Stockholm