



## 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 med ..... SEK v.v. specificera!

Betalning sker enligt överenskommelse om ansökan godkänns.

Ange plusgiro eller bankgiro alternativt namn på bank, clearing nummer 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: **stockholm@blodcancerforbundet.se** eller till nedanstående adress.*