

ULRIKA EKLUNDS STIFTELSE  
c/o Formue Sverige AB, Nybrogatan 11, 114 39 Stockholm

Ansökan om bidrag till person som lider av MS eller diabetes Ansökan ska ha  
inkommit till ovanstående adress senast den 15 maj

\_\_\_\_\_  
(Namn)

\_\_\_\_\_  
(Personnummer)

\_\_\_\_\_  
(Civilstånd)

\_\_\_\_\_  
(Bostadsadress)

\_\_\_\_\_  
(Postnummer och ort)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

\_\_\_\_\_  
(Email adress)

\_\_\_\_\_  
(Bank- samt kontonummerr inklusive clearingnummer)

Önskar bidrag till: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ekonomiska uppgifter:

\_\_\_\_\_  
(Till statlig inkomstskatt taxerad inkomst enligt senaste skattebeslut, bifogas i vidimerad kopia)

\_\_\_\_\_  
(Tillgångar)

\_\_\_\_\_  
(Skulder)

Bilagor som ska bifogas:

1. Aktuellt läkarintyg
2. Vidimerad kopia av senaste skattebeslut

Ort:

Datum:

\_\_\_\_\_  
(Underskrift av den sökande)

Att ovanstående uppgifter överensstämmer med verkligheten intygar:

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namn

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namn