

Ansökan övriga stöd 20_____

Ansökan avser stöd för **handikappföreningar**

Sökande

Föreningsnamn	Uppgiftslämnare		
Adress			Post/bankgiro
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)			Mobiltelefon
e-post	Orgnr.		

Stöd antal medlemmar

150 kr				
50 kr				

**Stöd betalas med 150 kr/år och medlem för de första 30 medlemmarna.
Stöd betalas med 50 kr/år och medlem för resterande medlemmar.**

Sista ansökningsdag 1 mars, utbetalningsåret

Ort och datum

Sökandens underskrift

Namnförtydligande

Orust kommun

POSTADRESS
473 80 Henån

BESÖKSADRESS
Centrumhuset
Åvägen 2-6

TELEFON
0304-33 40 00

E-POST
kommun@orust.se
HEMSIDA
www.orust.se

BANKGIRO
645-8368
ORG. NR
212000-1314