

ANSÖKAN

**Stiftelsen Anna och Hilmert Holms minne
(Endast reumatikersjuka i Karlskoga kommun)**

Sökandes uppgifter

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer: _____

Telefon: _____

Yrke/anställning: _____

Bankuppgifter

Bank: _____

Clearing nr: _____

Konto nr: _____

Reumatisk sjukdom (OBS! Läkarintyg ska bifogas. Intyg äldre än 2 år godtages ej)

Datum: _____

Underskrift av sökande _____

Ansökan sänds till:

Holms fond
c/o M. Eriksson
Västra Rävåsgatan 46
691 35 Karlskoga