

# Bidragsansökan



**Ansökan om bidrag från  
Stiftelsen för vård och omsorg i Borgholms kommun**

Sökande: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

e-post: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Bidrag söks för följande ändamål och verksamhet:**

---

---

---

---

---

---

---

Bilagor: \_\_\_\_\_

Det sökta bidragets belopp exkl moms: \_\_\_\_\_

(Moms betalas av den sökande med egna medel)

Datum och underskrift

---

Ansökan behandlas i turordning och i förekommande fall med villkor.