|  |  |
| --- | --- |
| Ansøgers fulde navn: | |
| Adresse: | |
| CPR nr.: | |
| Sygehistorie: | |
| Formål: | |
| Ansøgt beløb: | |
| Er der tidligere søgt støtte fra Arvid Nilssons Fond  Ja \_\_­\_ Nej \_\_\_ Hvis ja, bedes oplyst år samt evt. bevilling: | |
| Er der ansøgt og modtaget støtte fra andre fonde til formålet:  Ja \_\_\_ Nej \_\_\_ Hvis ja, angiv hvilke samt bevillingsbeløb: | |
| Dato: | Underskrift: |

Oplysningsskemaet vedlægges ansøgning, lægelig- og økonomisk dokumentation samt øvrige relevante oplysninger