|  |
| --- |
| Ansøgers fulde navn:  |
| Adresse: |
| CPR nr.: |
| Sygehistorie: |
| Formål: |
| Ansøgt beløb: |
| Er der tidligere søgt støtte fra Arvid Nilssons FondJa \_\_­\_ 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