

MAJ ROTZ MINNESFOND  
c/o Kommunernas socialtjänst k.f.  
Skarpansvägen 30, 22100 Mariehamn

ANSÖKAN OM MEDEL UR MAJ ROTZ MINNESFOND

Namn \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Bankförbindelse: \_\_\_\_\_

Vad ska de ansökta medlen vara till? Hur ska de användas?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Söker du/ni eller har ni beviljats pengar från annat håll?

---

---

---

Kostnader. Hur mycket kommer det tilltänkta projektet/resan/annat att kosta?

---

---

---

---

Bilagor:  Ja  Nej

Ansökan sänds till adressen högst upp

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Ort och datum