

MAY ROTZ MINNESFOND

c/o Kommunernas socialtjänst k.f.
Skarpansvägen 30
22100 Mariehamn

ANSÖKAN OM MEDEL UR MAY ROTZ MINNESFOND

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Bankförbindelse: _____

Vad skall de ansökta medlen vara till? Hur skall 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