

Ansøgningskema til brug for læger, sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter eller andre, der arbejder med mennesker med bevægelsehandicap.

PERSONOPLYSNINGER

Ansøgerens fulde navn: _____ CPR-nr.: _____
(Til brug for indberetning til SKAT)
Stilling: _____
Arbejdsadresse: _____ Postnr./By: _____
Privatadresse: _____ Postnr./By: _____
Telefonnr. arbejde: _____ Telefonnr. privat: _____ E-mail: _____
Bank: _____ Reg. nr.: _____ Kontonummer: _____

STØTTENS ART OG OMFANG

Hvortil søges støtten? _____

Er der tidligere søgt/modtaget støtte fra Bevica Legater? Ja Nej
Hvis ja, hvornår? _____ Hvor meget? _____

BEGRUNDELSE FOR ANSØGNINGEN

Med hvilken begrundelse søges støtten? _____

Budget, program, projektbeskrivelse og anden information om formål skal vedlægges for at ansøgningen kan behandles.

ØVRIGE OPLYSNINGER

Søges der støtte fra anden side? Ja Nej Hvis ja, hvorfra? _____
Er der modtaget støtte fra anden side? Ja Nej Hvis ja, hvor meget? _____

ANBEFALING

Ansøgning anbefales af: _____ Anbefaling skal vedlægges

Bemærk at ansøgningsfristen er senest én måned før kursusafholdelse.

Dato: _____ Underskrift: _____

Ansøgninger skal være korrekt udfyldt for at blive behandlet.