

Sökandes för-/efternamn _____
Adress _____
Postnummer & Postort _____
Telefonnummer _____
E-postadress _____
Medlem i Bröstcancerföreningen _____
Ev. information du vill delge oss _____

Bidrag söks för:	Beräknad kostnad SEK:	Bidrag söks för:	Beräknad kostnad SEK:

Är du ensamförsörjande?  **Total summa som söks, SEK:** _____
JA NEJ

Har du hemmavarande barn under 18 år?
JA NEJ Om ja, antal?: _____

Har du erhållit bidrag till Elisabeth Hedins minne tidigare?
JA NEJ Om ja, vilket år?: _____

Ev. beviljat bidrag önskas utbetalat till:

Bankkonto Personkonto

Kontonummer _____

Kontoinnehavare, namn _____

Bank - namn och ort _____

Jag bifogar kopia av senaste årets inkomstdeklaration

Den sökande intygar att eventuellt beviljat bidrag används till det som uppgivits i ansökan och att till Bröstcancerförbundet redovisa kvitton för sina inköp under innevarande år senast 2025-12-31.

Jag godkänner att Bröstcancerförbundet sparar/hanterar lämnade personuppgifter/uppgifter i enlighet med GDPR (Personuppgiftsförordningen).

Fyll i ansökningsformuläret och maila det tillsammans med senaste årets inkomstdeklaration till:
helena.hedengren@brostcancerforbundet.se

Ansökan ska vara Bröstcancerförbundet tillhanda senast måndag 31 mars 2025.