

ANSÖKAN OM BIDRAG FRÅN STIFTELSEN SOLHÖJDEN

Datum:

Personuppgifter (fylls av medlemmen)

Personnummer		Förnamn	
Efternamn		Adress	
Postnummer	Postadress	Telefon dagtid	Telefon bostaden
Mobiltelefon		E-post	
Bankkonto/personkonto samt clearingnummer		Underskrift	

Sökande eller familjmedlem är med i: Seko ST

Arbetsgivare

Arbetsgivare	Arbetsställe
Övrig information	

Diagnos/behandlingsorsak
Vårdgivare/behandlingsinrättning

Handlingar som bifogats (kryss i där handlingar bifogats) Läkarintyg/remiss Faktura Kvitto

Ange de utlägg/kostnader du söker bidrag för

Beslut/fylls i av Stiftelsen Solhöjden
<input type="checkbox"/> Bifall <input type="checkbox"/> Avslag

Ansökan skicka till Stiftelsen Solhöjden, Seko, Box 1105, 111 81 Stockholm

Får behandlas