|  |
| --- |
| **Søknad om likepersonmidler 2017**(Disse midlene er rapporteringspliktige) |
|  **Afasiforeningens navn:**  Afasiforeningens kontonummer:  Navn på kontoinnehaver: |
|   Kort beskrivelse av tiltaket: Søknadssum:   |

Dato:\_\_\_\_\_\_ Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Søknaden sendes til: afasi@afasi.no eller:

Afasiforbundet

Torggt. 10, 0181 Oslo

**innen 1. april 2017**