



Eskilstuna  
kommun

# ANSÖKAN OM BIDRAG UR SAMFONDEN FÖR KOLONIVERKSAMHET

ESKILSTUNA KOMMUN  
Arbetsmarknads- och vuxenutbildningsförvaltningen  
631 85 ESKILSTUNA

Telefon: 016-710 10 30  
631 85 ESKILSTUNA

## Sökande

Namn/företagsnamn	Person/organisationsnummer
Adress	Postnummer och postadress
	Telefonnummer

Har du/föreningen ansökt om bidrag tidigare?

Nej

Ja

Varför?

.....

## Bank

Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer
--------------	----------------	-------------

## Föreningsverksamhet och mål

Vad söker ni bidrag till? Beskriv till exempel kostnader, antal barn, var, när

Orsak till ansökan

## Underskrift

Ordförandens underskrift

Datum