

# SØKNAD OM STØTTE FRA HELSEFONDET

(alle søknader behandles fortrolig)

Navn: ..... Dato: .....

Postadresse: .....

Epostadresse: .....

Behandling av søknader skjer ved semesterslutt – skal svar sendes som brev eller epost?

Brev til postadresse:

Epost:

Bankkontonummer: ..... Studentnummer: .....

**Dokumentasjon på betalt semesteravgift må legges ved for at søknaden skal behandles.**

---

Hva søkes det støtte til: .....

Totale utgifter: ..... Kr. ....

*NB! Alle utgifter må dokumenteres med originale kvitteringer på det som er betalt.*

Andre opplysninger av betydning for søknaden: .....

.....  
Sted / dato

.....  
Underskrift

Søknad sendes til: Studentsamskipnaden i Molde

Postboks 2110, 6402 MOLDE

Fylles ut av Studentsamskipnaden

Reg.nr: .....

Søknaden er behandlet av Helseutvalget

Dato: .....

Vedtak: .....