

SØKNAD OM STØTTE FRA HELSEFONDET

(alle søknader behandles fortrolig)

Navn: Født:

Postadresse:

Epostadresse:

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

Brev til postadresse: *Epost:*

Bankkontonummer: Studentnummer:

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: *Studentsamskipnaden i Molde*
Postboks 2110 , 6402 MOLDE
Telefon: 71 21 41 81 Telefaks: 71 21 41 80

Fylles ut av Studentsamskipnaden Reg. nr:

Søknaden er behandlet av Helseutvalget: Dato:

Vedtak:
.....