SØKNAD

Formål :_____

_____

_____

_____

_____

Navn på aktør :_____

Organisasjonsnr. :_____

Søknadssum :_____

Navn på søker :_____

Adresse til søker :_____

Telefonnr. til søker :_____

Oslo Sanitetsforening ber om å få kvitteringer tilsendt før søknadsbeløpet utbetales

Maskinskrevet/elektronisk søknad sendes til:

Oslo Sanitetsforening
v. May Holen
Solskinnsveien 12
0376 Oslo