Ansøgningsskema om midler fra Samsø Kommunes Sundhedspulje

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ansøger (navn/organisation)** |  | | | | |
| **Adresse** |  | | | | **Post nr. og by** |
| **Pengeinstitut (skal udfyldes)** | **Reg. Nr.** |  | **Konto nr.** |  | |
|  | | | | | |
| **Beskrivelse af hvilket formål/indsats, der søges støtte til: (budgetskema vedlægges):** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hvori består det sundhedsfremmende i indsatsen?** | | |
|  | **Ansvarlig kontaktperson** | |
| **Dato:** | | **Underskrift:** |
| **Indsendes til:** [**auccb@samsoe.dk**](mailto:auccb@samsoe.dk) **eller alternativt pr. brev til Samsø Kommune, att. Cecilie Carlsen Boll, Søtofte 10, 8305 Samsø. Husk at vedlægge Budgetskema.**  **Husk at udfylde Afrapporteringsskema og indsende dette efter indsatsens gennemførelse. Evt. u-forbrugte midler skal tilbagebetales.**  **Både Budget- og Afrapporteringsskema findes på hjemmesiden eller udleveres i receptionen på Rådhuset i den normale**  **åbningstid.** | | |