



FILIPSTADS KOMMUN

Kommunstyrelsen

Box 303

682 27 Filipstad

Ansökan om integrationsmedel

| | | |
|--------------------------|-----------|----------------------|
| Föreningens namn: | | |
| Postadress, postnr, ort: | | |
| Kontaktperson: | | |
| Tel: | | E-post: |
| Plusgiro: | Bankgiro: | Organisationsnummer: |

| |
|-------------------------------------|
| Beskrivning av verksamheten: |
|-------------------------------------|

| |
|---|
| Beräknade kostnader och intäkter: (Ev bilagor kan bifogas) |
|---|

Ort och datum:

Underskrift av ansvarig/sökande:

.....

Personuppgifterna i ansökan behandlas i enlighet med personuppgiftslagen, PUL. I och med att informationen lämnas godkänner du även att informationen får lagras och bearbetas i register av ansvarig förvaltning.