



Ansökningsblankett omkostnadsbidrag 2024

Sökandes uppgifter

Namn	Personnummer
Telefon	E-post
Arbetsgivare	Arbetsområde

Underskrifter

Med underskrifter nedan intygar sökande och sökandes arbetsgivare att man uppfyller och accepterar villkoren för SwedCOLDs omkostnadsersättning samt att lämnade uppgifter i ansökan är korrekta.

Sökande	Arbetsgivare
Signatur	Signatur
Namnförtydligande	Namnförtydligande
	Befattning