STIFTELSEN
LARYNGFONDEN
i kamp mot strup- och munhålecancer

Redovisning

Ansökningsnr: **Beslutsdatum:**

Redovisningsdatum:

Bidragsmottagare:

Aktivitet/Projekt

Typ av kostnad (Kvitton skall bifogas)	**Belopp**
Utbetalt belopp från Stiftelsen Laryngfonden	
Totalt belopp för aktiviteten/projektet	
Att återbetala till Stiftelsen Laryngfonden	

V.g. vänd

Adress	**Telefon**	**Fax**	**Plusgiro**	**Bankgiro**	**Org.nr**
Strandgatan 19 952 33 KALIX	0923-776 60	0923-155 90	91 82 58-5	5936-5338	802016-3633
laryngfonden@hansola.se	www.laryngfonden.se				

Namn på deltagare i aktivitet/projekt, eller fortsättning av redovisningen