



Förening/Namn	
Anställdes namn	

Rekvisionen avser bidragsperiod:

Från och med år månad	Till och med år månad
-----------------------------	-----------------------------

Följande bilagor bifogas. Avisering om utbetalt bidrag för kvartal:
Kryssa för det aktuella kvartalet

<input type="checkbox"/> Kvartal 1 januari – mars	<input type="checkbox"/> Kvartal 2 april - juni
<input type="checkbox"/> Kvartal 3 juli – september	<input type="checkbox"/> Kvartal 4 oktober - december

Bifoga kopia på Arbetsförmedlingens utbetalning avseende ovan nämnda kvartal/månader.

Ovanstående uppgifter är riktiga intygas:

Ort och datum
Arbetsgivarens underskrift
Arbetsgivarens namnförtydligande

Insänds snarast efter utgången kvartal till:

Fritidskontoret
294 80 Sölvesborg
Tfn: 0456-81 61 29
E-post: fritid@solvesborg.se
Hemsida: www.solvesborg.se