



En dag som gör skillnad

Barnets namn.....Födelsedatum(ÅÅMMDD).....

Barnets diagnos.....

Barnets önskan med motivering

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sökandes namn.....

Adress.....

Telefon.....E-postadress.....

Datum.....

Underskrift.....

**Om du vill bli medlem i Annikas minnesfond blir du det via vår hemsida
www.annikasmnnesfond.se under fliken bli medlem.**

Blanketten lämnas till Amanda Nilsson Barn- och ungdomskliniken USÖ

Skickas till Annikas minnesfond, Box 300, 701 46 Örebro eller kontakt@annikasmnnesfond.se