FÖRENINGEN Annikas minnesfond

En dag som gör skillnad

Barnets namn……Födelsedatum (ÅÅMMDD)……

Barnets diagnos……

Barnets önskan med motivering

……

……

……

……

……

……

……

Sökandes namn……

Adress……

Telefon……E-postadress……

Bank, kontonummer……

Datum……..

Underskrift……

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

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