**Intyg samverkanspart/medsökande**

Statsbidrag till verksamheter för asylsökande m.fl.

|  |
| --- |
| Sökande organisation/kommun:      |

|  |
| --- |
| Insats/verksamhet (rubrik):       |

|  |
| --- |
| Tidsperiod:      |

|  |
| --- |
| Kontaktuppgifter samverkanspart:Organisation:      Organisationsnummer:      Postadress:      Kontaktperson:       Telefon/Mobil:       E-post:       |

Härmed intygas att undertecknad part planerar att delta i ovan nämnda insats

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namn och datum

**Dokument som ska bifogas samverkansintyget:**
[ ]  Aktuella stadgar
[ ]  Årsmötesprotokoll eller möte från konstituerande möte som visar vem/vilka som har rätt att teckna organisationens firma
[ ]  Verksamhetsberättelse för föregående år