*Ansökan om begravningshjälp*

*från*

*Carl Pripps Minne*

*Härmed får jag/vi som har fullmakt att handhava medel efter den avlidne*

*……………………………………………………………………………*

*ansöka om begravningshjälp ur fonden ”Carl Pripps Minne”*

*Namn …………………………………………………………………….*

*Adress…………………………………………………………………….*

*Postadress………………………………………………………………..*

*Telefon……………………………………………………………………*

*Datum…………………………………………………………………….*

*Dödsfallsintyg samt utdrag ur bouppteckningen måste bifogas.*

*Begravningshjälpen gäller endast för den person som varit anställd som kollektivare på något av Pripps bryggeriers bolag och ges till den som varit närmast anhörig såsom maka/make*

*Inkomna ansökningar behandlas endast 1 gång/år.*

*Sista ansökningsdag är den 30 november 2023.*

*Ansökan, intyg samt utdrag sänds till:*

*”Carl Pripps Minne”*

*Carina Pettersson*

*Lammevallsgatan 42A*

*431 43 Mölndal*