

## Södra sjukvårdsregionens utvecklings- och utbildningsfond

Projektets titel/rubrik

Beskrivning av projektets bakgrund, syfte och målgrupp, max 680 tecken

Beräknad tidpunkt för projektstart

Beräknad tidpunkt för projektslut

Huvudansvarig enhet

Huvudansvarig projektägare/ansvarig

Namn:	
Arbetsplats:	
e-post:	
Telefon:	

Övriga deltagande enheter – annan region och/eller kommun eller lärosäte i annan region

Enhet/region:
E-post till kontaktperson:
Enhet/region:
E-post till kontaktperson:

Enhet/region:
---------------

E-post till kontaktperson:
----------------------------

Ansökt totalsumma

--

Sammanfattande ekonomisk kalkyl, max 270 tecken (bifoga gärna mer detaljerad ekonomisk kalkyl)

--

Tidigare tilldelning från denna fond eller andra tilldelningar till samma projekt.

--

Projekt ägaren förbinder sig att inkomma med redovisning av uppnådda resultat till Södra sjukvårdsregionens kansli senast inom 2 år från projektets startdatum.

Jag godkänner ovanstående förbindelse.

Undertecknande av projektägare/ansvarig

Datum
-------

Namn
------

Undertecknande av ansvariga verksamhetschef(er) och/eller hälso- och sjukvårdsdirektörer för deltagande regioner

Datum:
--------

Signering:
------------

Datum:
--------

Signering
-----------

Datum:
--------

Signering:
------------

Bedömning av Samarbetsgrupp Samarbete för bättre vård

--

Ansökan godkänd

Datum:	Namnunderskrift
--------	-----------------

Ansökan inte godkänd, max 640 tecken

Datum:
Skäl:
Namnunderskrift