

## Voucherregeling - ABR Zorgnetwerk Holland West

### Deel A: Algemene gegevens

<b>1. Titel project</b>	
<b>2. Gegevens aanvrager</b>	
2.a. Naam	
2.b. Organisatie	
2.c. Functie	
2.d. Telefoonnummer	
2.e. E-mailadres	
<b>3. Gegevens expert</b>	
2.a. Naam	
2.b. Organisatie	
2.c. Functie	
2.d. Telefoonnummer	
2.e. E-mailadres	
<b>4. Eerdere aanvraag voucher</b>	
4.a. Heeft u eerder een voucher aangevraagd bij het ABR Zorgnetwerk?	<input type="checkbox"/> Ja, beantwoord vraag 4.b. <input type="checkbox"/> Nee, ga verder met Deel B
3.b. Zo ja, waarom vraagt u een tweede voucher aan? <i>Geef een beknopte toelichting</i>	

### Deel B: Omschrijving project

<b>1. Beschrijving van uw project</b>
<i>Geef in één regel een omschrijving van uw project.</i>

## 2. Samenwerkingspartners

Vraagt u deze voucher met samenwerkingspartners aan? Zo ja met welke?

## 3. Doel

Wat is het doel dat u met de voucher wilt behalen? Bijvoorbeeld kennis vergroten, samenwerkingsverbanden opzetten, ICT aanpassingen? Geef een korte beschrijving in max.10 regels.

## 4. Tijdsplanning (maximaal 9 maanden)

4.a. Beoogde startdatum

4.b. Beoogde einddatum

4.c. Tijdpad

Geef een planning van de activiteiten.

## 5. Inzet expert en financiële verantwoording (maximaal € 5.000,- incl. BTW, uitzonderingen voorbehouden)

5.a. Werkzaamheden expert

Geef een beknopte beschrijving van de werkzaamheden die de expert gaat uitvoeren gedurende het project.

5.b. Inzet expert

Uren/dagdelen \* tarief

5.c. Overige kosten

Geef een toelichting.

### **Deel C: Ondertekening bestuurlijk verantwoordelijke**

Met deze ondertekening gaat u akkoord met het indienen van een aanvraag voor de voucherregeling ABR Zorgnetwerk Holland West en de daarbij behorende voorwaarden.

Organisatie:

Naam:

Functie:

Datum en plaats:

Handtekening: