

## Aanvraagformulier Partnerships

### 1. Algemene gegevens organisatie

Naam organisatie: \_\_\_\_\_

Rechtsvorm: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Postadres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Algemeen mailadres: \_\_\_\_\_

Zijn er medewerkers van zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid betrokken bij de aanvraag en / of zijn er medewerkers van uw organisatie werkzaam bij zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid of zorgkantoor Zorg en Zekerheid? ja nee

Zo ja, in welke rol / functie? \_\_\_\_\_

### 2. Algemene gegevens contactpersoon:

Naam contactpersoon: \_\_\_\_\_

Functie contactpersoon: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer contactpersoon: \_\_\_\_\_

E-mailadres contactpersoon: \_\_\_\_\_

### 3. Partnership

Naam partnership: \_\_\_\_\_

Doel partnership: \_\_\_\_\_

Doorlooptijd (in maanden): \_\_\_\_\_ Meerjarig \_\_\_\_\_

Start- en eventuele einddatum partnership: \_\_\_\_\_

### 4. Bijdrage partnership

Totale kosten: \_\_\_\_\_

Gevraagde bijdrage aan ZZ: \_\_\_\_\_

Is er aan andere fondsen of organisaties (inclusief andere zorgverzekeraars) om financiering gevraagd: ja nee

Zo ja, welke organisaties: \_\_\_\_\_

Zo ja, welk bedrag is aangevraagd per organisatie en hoeveel is al gehonoreerd: \_\_\_\_\_

Verplichte bijlagen: **Projectplan en Begroting**

Handtekening: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Het voldoen aan de gestelde voorwaarden betekent niet automatisch dat financiering zal volgen.