Aanvragen kunnen tot en met **1 april 2025** worden ingediend. Het ingevulde formulier kunt u mailen naar [info@asf-zfvd.nl](mailto:info@asf-zfvd.nl).

*NB: de vergoedingen voor Scholing geen agressie in mijn praktijk, Training effectief communiceren met mensen met beperkte gezondheidsvaardigen, Praktijkcheck laaggeletterdheid en Opleiding spreekuurondersteuner huisarts kunnen gedurende het gehele jaar worden ingediend.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Aanvrager** | |
| **Naam huisartsenpraktijk**: |  |
| **Titel aanvraag;** |  |
| **Gewenste vergoeding:** | **€** |
| Aantal patiënten wonend op een erkende achterstandspostcode in uw praktijk: |  |
| Totaal aantal patiënten in uw praktijk: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Korte omschrijving van uw aanvraag** | |
| Reden/aanleiding:  Doelstellingen:    Werkwijze:    Gewenste resultaten: | |
|  | |
| **Wie zijn er bij betrokken (**disciplines, patiënten, organisaties/ naam en functie):  0  0  0  0  0 | |
|  | |
| **Tijdpad** (vermeld hier de looptijd van uw aanvraag c.q. start- en einddatum): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Financiën** | |
| Geef een financiële onderbouwing/specificatie van de kosten/offerte of stuur deze mee als bijlage.  0 Bijlage: |  |
| Totale kosten (100%) | **€** |
| Gewenste ASF-vergoeding (100%): | **€** |
| **Bijzonderheden:** graag aankruisen om welke projectcategorie het gaat:  [ ] praktijk gebonden  [ ] praktijk overstijgend | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens aanvrager** | |
| Uw naam: |  |
| Naam praktijk: |  |
| Adres huisartsenpraktijk:: |  |
| Uw e-mailadres: |  |
| Telefoonnummer: |  |

Aanvragen kunnen tot en met **31 maart 2025** worden ingediend. Het ingevulde formulier kunt u mailen naar: [info@asf-zfvd.nl](mailto:info@asf-zfvd.nl).