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, Opleiding spreekuurondersteuner huisarts en Training licht verstandelijke beperking 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 **1 april 2025** worden ingediend. Het ingevulde formulier kunt u mailen naar: [info@asf-zfvd.nl](mailto:info@asf-zfvd.nl).