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).

*NB: De aanvragen voor onderstaande vergoedingen kunnen gedurende het gehele jaar worden ingediend. Zie hiervoor* [*https://asf-zfvd.nl/vergoedingen/*](https://asf-zfvd.nl/vergoedingen/)

*- Scholing geen agressie in mijn praktijk,   
- Training effectief communiceren met mensen met beperkte gezondheidsvaardigen,   
- Praktijkcheck laaggeletterdheid*

*- Opleiding spreekuurondersteuner huisarts (SOH)*

*- Training Licht Verstandelijke Beperking*

|  |  |
| --- | --- |
| **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).