Aanvragen kunnen tot en met **30 september 2025** worden ingediend. Het ingevulde formulier kunt u mailen naar info@asf-zfvd.nl.

*NB: De aanvragen voor onderstaande vergoedingen kunnen gedurende het gehele jaar worden ingediend. Gebruik dit aanvraagformulier hiervoor. Meer info* [*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 en 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 **30 september 2025** worden ingediend. Het ingevulde formulier met offerte(s) kunt u mailen naar: info@asf-zfvd.nl.