

Consortiumpartnerformulier Meer impact op extramuraal zorg, indieningsronde mei 2023

Door het ondertekenen van dit formulier verklaart de consortiumpartner:

- op de hoogte te zijn van het indienen van de aanvraag;
- deel te nemen aan het consortium;
- zich te committeren aan de beschreven bijdrage in het projectvoorstel;
- zich te committeren aan eventuele bijbehorende kosten en/of te leveren cofinanciering zoals vermeld in de begroting.

Consortiumpartner	
Naam organisatie	
Postadres	
Postcode, plaats	
KvK	Nummer: <input type="checkbox"/> Niet ingeschreven in het handelsregister KvK
Type organisatie (kies er 1)	<input type="checkbox"/> Hogeschool <input type="checkbox"/> Kennisinstelling (o.a. universiteit, TO2-instituut) <input type="checkbox"/> Publieke instelling <input type="checkbox"/> Mkb-onderneming <input type="checkbox"/> Grootbedrijf <input type="checkbox"/> Koepel- of brancheorganisatie <input type="checkbox"/> Beroepsvereniging <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
Tekenbevoegd vertegenwoordiger (indien ingeschreven conform handelsregister KvK)	
Naam	
Handtekening	
Datum	