|  |
| --- |
| **INTENTIONSFÖRBINDELSEBLANKETT** |
| **Projektets namn** |       |
| **Sökande** |       |
| **Kontaktperson** |       |
| **Datum** |       |
| Sökanden anger i denna blankett alla deladministratörer i projektet. Projektadministratören svarar för att de angivna organisationernas beslutföra organ har ingått en intentionsförbindelse som gäller deltagande i projektet.  |
| Blanketten ska skickas till social- och hälsovårdsministeriets registratur per e-post (kirjaamo.stm@gov.fi). Blanketten behöver inte undertecknas. Det är inte nödvändigt att skicka kopior av organens beslut.  |
| **Deltagare i projektet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Delgenomförare** | **Organ eller person som fattat beslutet** | **Beslutsdatum** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

 |
|  |