|  |  |
| --- | --- |
| **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** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |
|  | |