|  |
| --- |
| **INTENTIONSFÖRBINDELSEBLANKETT** |
| **Projektets namn** |       |
| **Sökande** |       |
| **Kontaktperson** |       |
| **Datum** |       |
| Sökanden anger på denna blankett alla deladministratörer i projektet samt gällande forskningsprojekt slutdatum för deltagande i projektet för alla välfärdsområden (/Helsingfors stad/HUS-sammanslutningen) som ingår i samarbetsområdet. Projektadministratören svarar för att de angivna organisationernas beslutföra organ/personer har fattat beslut om deltagande i projektet.  |
| Blanketten sänds per e-post till social- och hälsovårdsministeriets registratorskontor (kirjaamo@stm.fi). Blanketten behöver inte undertecknas. Kopior på beslut behöver inte sändas.  |
| **I projektet deltar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organisation** | **Organ/person som fattat beslutet** | **Beslutsdatum** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

 |
|  |