|  |
| --- |
| **Anlage****Steigerung und Weiterentwicklung des digitalen Reifegrades des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland** **Inhaltliches Konzept zum Antrag auf Gewährung eines Zuschusses****für ein Modellprojekt** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kooperierende Einrichtung I** (bitte nur Einrichtungen auflisten, die einen Zuschuss beantragen; zu ergänzen und auszufüllen falls zutreffend; ggf. zusätzliche Spalten für weitere kooperierende Einrichtungen erstellen) | **Kooperierende Einrichtung II** |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Straße, Hausnummer |  |  |
| Postleitzahl, Ort | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung/Ansprechperson/** |  |  |
| Telefonnummer |  |  |
| E-Mail |  |  |
| Beantragter Zuschuss | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kooperierende Einrichtung III** | **Kooperierende Einrichtung IV** |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Straße, Hausnummer |  |  |
| Postleitzahl, Ort | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung/Ansprechperson/** |  |  |
| Telefonnummer |  |  |
| E-Mail |  |  |
| Beantragter Zuschuss | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kooperierende Einrichtung V** | **Kooperierende Einrichtung VI** |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Straße, Hausnummer |  |  |
| Postleitzahl, Ort | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung/Ansprechperson/** |  |  |
| Telefonnummer |  |  |
| E-Mail |  |  |
| Beantragter Zuschuss | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |