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

|  |  |
| --- | --- |
| **Titel des Vorhabens:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kooperierendes Land I** (bitte nur Länder auflisten, die einen Zuschuss beantragen; zu ergänzen und auszufüllen falls zutreffend; ggf. zusätzliche Spalten für weitere kooperierende Länder erstellen) | **Kooperierendes Land II** |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Straße, Hausnummer |  |  |
| Postleitzahl | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Ort |  |  |
| Bundesland | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung/Ansprechperson (Vorname Name)** |  |  |
| Mittelbedarf je Einrichtung bzw. Bundesland *(in Euro, keine Cent-Beträge)* | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Telefonnummer |  |  |
| E-Mail  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kooperierendes Land III** | **Kooperierendes Land IV** |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Straße, Hausnummer |  |  |
| Postleitzahl | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Ort |  |  |
| Bundesland | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung/Ansprechperson (Vorname Name)** |  |  |
| Mittelbedarf je Einrichtung bzw. Bundesland *(in Euro, keine Cent-Beträge)* | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Telefonnummer |  |  |
| E-Mail  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kooperierendes Land V** | **Kooperierendes Land VI** |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Straße, Hausnummer |  |  |
| Postleitzahl | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Ort |  |  |
| Bundesland | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung/Ansprechperson (Vorname Name)** |  |  |
| Mittelbedarf je Einrichtung bzw. Bundesland *(in Euro, keine Cent-Beträge)* | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Telefonnummer |  |  |
| E-Mail  |  |  |