|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsformular****Fonds Interprofessionalität** |  |
| Füllen Sie bitte alle Abschnitte des Formulars, sowie Anhänge vollständig aus und senden Sie uns dieses inklusive Beilagen per Email an khm@hin.ch.  |  |
| **Bitte legen Sie Ihren Lebenslauf als Anhang bei.**  |  |
| **Abschnitt 1.****Projekt** |  |
| **Titel des Projekts** |  |
|       |
| **Kurzbeschrieb** (Max. 500 Wörter) |  |
| **Text hier eingeben**  |
| **Abschnitt 2.** **Angaben zum Antragsteller (Projektleiter)** |
|  |  |
| **Praxis / Institut** |  |
|  |
| **Titel** | **Anrede** |
| **Vorname** | **Name** |
|  |  |
| **Geschäftsadresse** | **PLZ/ Ort** |
|  |  |
| **E-Mail** | **Telefon** |
|  |  |
| **Weitere Projektmitglieder** (Name, Vorname, Funktion) |
|  |
| **Abschnitt 3.** **Beantragte Summe** |  |
| **Budget total (in CHF)** |  |
|  |
| **Gewünschter Beitrag des Kollegiums für Hausarztmedizin** |
|  |
| **Datum / Ort:**  | **Unterschrift:**  |
|  |  |
| Beilagen: * Anhang 1 – Projekt-Beschreibung
* Anhang 2 – detailliertes Budget
* Anhang 3 – Lebenslauf Antragsteller
 |  |
| **Anhang 1.** **Ausführliche Projekt-Beschreibung**  |  |
| Füllen Sie bitte alle Abschnitte des Anhang 1 vollständig aus. **Maximal 2 Seiten.**  |  |
|  |  |
| **Titel des Projekts** |  |
|       |
|  |  |
| **Projektbeschreibung (Kontext)** |  |
|  |
| **Umsetzung und Ziele des Projektes** |  |
|       |
| **Beabsichtigte Methoden und Evaluationskriterien** |  |
|  |
| **Definition der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten** |  |
|       |
| **Projektplan** |  |
| **Dauer** |  |
|       |
| **Ressourcen** |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anhang 2.****Detailliertes Budget**  |  |
|  |  |
| **Text** | **Einnahmen** | **Ausgaben** |
|       |       |       |