**ANTRAG AUF FÖRDERUNG**

Unter Bezugnahme auf die Förderrichtlinien der Stiftung Palliativpflege beantragen wir nach interner Beratung die Finanzierung folgenden Bedarfs:

|  |
| --- |
| **Förderprojekt** |
| *Art der Maßnahme:*  |       |
| *Beschreibung:*  |       |
| *Begründung:*  |       |
| *Kosten:*  |       |
| *Planungszeitrahmen:*  | [ ]  kurzfristig [ ]  mittelfristig [ ]  längerfristig  |
| **Einrichtung** |
| *Antragsteller mit Adresse, Telefon, Fax, E-Mail*  |       |

Datum:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |       |  |       |
| *(Geschäftsführung und* *zuständiger Arzt)* |  | *(Pflegedienstleitung)* |  | *(Antragsteller)* |

Anlagen: