**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: