

# Ansökan om bidrag till Mindfulnessutbildning 2018



Sökande vårdcentral
Verksamhetschef
E-postadress

## KRAV FÖR GODKÄNNANDE

### Ange startdatum och avslutdatum för utbildningen

Startdatum	Avslutdatum
------------	-------------

### Ange namn och kompetens för deltagare

Namn
Kompetens

Namn
Kompetens

Namn
Kompetens

Namn
Kompetens

Underskrift verksamhetschef: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Godkänd för utbetalning
-------------------------

Underskrift uppdragsgivaren: \_\_\_\_\_

Skickas till: **Region Skåne, Avd. Hälso- och sjukvårdsstyrning, Mindfulness, Dockplatsen 26, 4:e våningen, 205 25 Malmö**