

## I. Hier de n.a.w.-gegevens van uw instelling invullen:

naam instelling: \_\_\_\_\_  
 postadres: \_\_\_\_\_  
 postcode: \_\_\_\_\_  
 vestigingsplaats: \_\_\_\_\_

naam contactpersoon: \_\_\_\_\_  
 telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
 telefaxnummer: \_\_\_\_\_  
 e-mailadres: \_\_\_\_\_

ID-nummer: \_\_\_\_\_ >>>>>> (In te vullen door ministerie van VWS)  
 objectnummer instelling: \_\_\_\_\_  
 bank- of girorekening instelling: \_\_\_\_\_  
 Kamer van Koophandel nr.: \_\_\_\_\_

## II. Door welke directie is aan u de instellingssubsidie verleend?

Directie MEVA

## III. Beschrijving behaalde resultaten

		Instroom	Instroom	Doorstroom	Totaal
		Personen	FTE	FTE	FTE
1	Arts infectieziektenbestrijding, Arts TBC-bestrijding en Medisch milieukundige				
2	Arts Verstandelijk Gehandicapten				
3	Gezondheidszorgpsycholoog voor epilepsie-inrichting				
4	Gezondheidszorgpsycholoog voor gehandicaptenzorg				
5	Gezondheidszorgpsycholoog voor GGZ				
6	Gezondheidszorgpsycholoog voor revalidatiecentra				
7	Gezondheidszorgpsycholoog voor verpleeghuiszorg				
8	Gezondheidszorgpsycholoog voor ziekenhuiszorg				
9	GGZ Verpleegkundig Specialist				
10	Jeugdarts				
11	Klinisch psycholoog voor gehandicaptenzorg				
12	Klinisch psycholoog voor GGZ				
13	Klinisch psycholoog voor ziekenhuiszorg				
14	Psychiater voor GGZ				
15	Psychiater voor ziekenhuiszorg				
16	Psychotherapeut voor gehandicaptenzorg				
17	Psychotherapeut voor GGZ				
18	SEH-arts				
19	Specialist ouderengeneeskunde				

## IV. Bijgevoegd moet zijn:

een assurancerapport als bedoeld in artikel 9, vijfde lid, van de Subsidieregeling zorgopleidingen 2e tranche

## V. Ondertekening

Het bestuur, dan wel een namens het bestuur gevolmachtigde, verklaart kennis te hebben genomen van de vigerende wet- & regelgeving op basis waarvan onderhavige subsidie wordt vastgesteld en verklaart onderhavige opgave volledig juist en naar waarheid te hebben ingevuld. Bovendien verklaart het bestuur c.q. de gevolmachtigde dat de opleidingsinrichting beschikt over een erkenning c.q. erkenningen voor het verzorgen van de zorgopleiding(en) waarvoor de instellingssubsidie is aangevraagd die geldig is c.q. zijn voor de periode waarvoor de instellingssubsidie is aangevraagd.

Volmacht conform KvK

JA / NEE

Indien nee: voeg volmacht toe

Achternaam en voorletters	Functie	Plaats	Datum	Handtekening