

INTERN SAMARBEIDSAVTALEVedlegg til søknad om godkjenning av [forskningsprosjekt](#)

NB! Kvite felt skal fyllast ut (på pc før utskrift eller på papir). Hugs signatur nederst.

1.1 Intern prosjektleiar			
Namn		PhD?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Viss nei, anna kompetanse?
Arbeidsstad/ adresse		E-post	
Stilling		Telefon	
1.2 Ved multiserterstudie (prosjektleiar ved ekstern institusjon)			
Namn på prosjektleiar:			
Lokal prosjektkoordinator:			
2 Prosjektittel			
3 Interne/ekstern samarbeidspartnarar			
Namn	Avdeling	Rolle i prosjektet	
4 Samarbeidsavtalen omhandlar			
Eg bekreftar at dei gjevne opplysningane er korrekte:			
Signatur og dato prosjektleiar			
Signatur og dato ved samarbeidande avdeling			

Helse Fonna

P.Boks: 2170
5504 Haugesund
Foret.nr: 983 974 694
Bank. 5082.08.47218

Kontaktinfo:

Sentralbord: 05253
Telefaks: 52 73 20 02
post@helse-fonna.no
www.helse-fonna.no

Fakturaadresse:

Helse Fonna HF
Regnskap, P.Boks 2170
5504 Haugesund
Tlf: 05253