

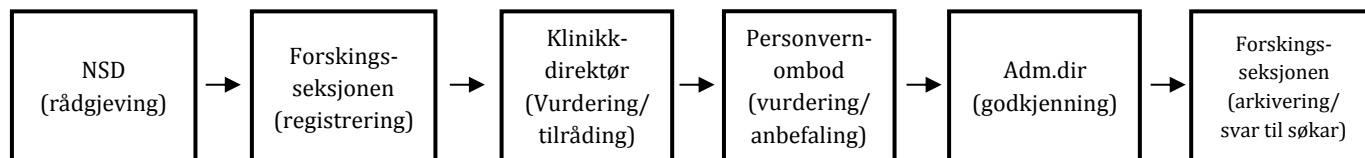
## SØKNAD OM GODKJENNING AV KVALITETSFORBETTERINGSPROSJEKT

Utfylt og signert skjema skal sendast Seksjon for forskning og innovasjon

**Leiar:** Anne Lise Kvalevaag, [anne.lise.kvalevaag@helse-fonna.no](mailto:anne.lise.kvalevaag@helse-fonna.no)

**Forskningsassistent:** Helge Børresen, [helge.borresen@helse-fonna.no](mailto:helge.borresen@helse-fonna.no)

**Personvernombod:** [personvernombodet@helse-fonna.no](mailto:personvernombodet@helse-fonna.no)



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

<b>1.1 Prosjekttittel</b>			
<b>2.1 Prosjektleder</b>			
<b>Namn</b>		<b>E-post</b>	
<b>Klinikk</b>		<b>Seksjon</b>	
<b>Stilling</b>		<b>Telefon</b>	
<b>3 Andre interne/eksterne samarbeidspartnarar</b>			
<b>Namn</b>	<b>Institusjon/klinikk/seksjon</b>	<b>Rolle i prosjektet (samarbeidspartnar, rettleiar)</b>	

**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 64  
5751 Odda  
Tlf: 05253



Saksnummer i ePhorte:		Saksbehandlar:	
<b>Personvernombod, Helse Fonna</b> <b>Vurdering/anbefaling</b>			
Dato:		Signatur:	
<b>For den aktuelle klinikk, Helse Fonna HF</b>			
<b>Vurdering/tilråding, klinikkdirektør signatur og dato</b>			
Dato:		Signatur:	
Evt. kommentar:			
<b>Angi kontaktperson/ ansvarleg for kvalitetsforbetringsprosjektet i klinikken</b>			
Namn:			
E-post:			
Telefon:			
<b>Forskningsansvarleg/databehandlingsansvarleg, Helse Fonna HF</b>			
<b>Godkjent, adm.dir</b>			
Dato:		Signatur:	

**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 64  
5751 Odda  
Tlf: 05253