

## SAMARBEIDSAVTALE – INNOVASJONSPROSJEKT

### Vedlegg til søknad om godkjenning av innovasjonsprosjekt

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

<b>1 Prosjekttittel</b>			
<b>2 Prosjektleder</b>			
<b>Namn</b>			
<b>Arbeidsstad/ adresse</b>		<b>E-post</b>	
<b>Stilling</b>		<b>Telefon</b>	
<b>3 Interne/ekstern samarbeidspartnarar</b>			
<b>Namn</b>	<b>Føretak/avdeling</b>	<b>Rolle i prosjektet</b>	
<b>4 Samarbeidsavtalen omhandlar</b>			
<b>Signatur og dato prosjektleder Helse Fonna</b>			
<b>Signatur og dato ved samarbeidande institusjon</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 2170  
5504 Haugesund  
Tlf: 05253