

# Ansökan om samarbetsformen Idéburet offentligt partnerskap (IOP)

## Fakta om sökande organisation

Organisation (juridisk person)	Organisationsnummer
Kontaktperson	Telefon (dagtid)
E-post till kontaktperson	
Organisationens officiella e-postadress	
Organisationens webbplats	

## Beskrivning av önskad samverkan

Beskriv kortfattat syfte och mål med samverkan.

Vad ska utföras, och för vem?

Vad önskar ni att hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen ska bidra med?

--

Vilka konkreta resultat kan förväntas av samverkan?

--

Hur länge förväntas samverkan pågå? (max två år)

--

Vilka kostnader finns? Specificera översiktligt.

--

## Undertecknande av representant från organisationen

Ort och datum
Underskrift
Namnförtydligande

### Post:

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen  
Utvecklingssekreterare  
Ann Rubin  
205 80 Malmö

### Frågor kan skickas till:

[Ann.rubin@malmo.se](mailto:Ann.rubin@malmo.se)  
[Christina.widerstrand@malmo.se](mailto:Christina.widerstrand@malmo.se)