

DEMANDE DE FINANCEMENT

(sans objectifs de recherche)

La demande devra être rédigée sur ce formulaire après que le demandeur ait pris connaissance des conditions générales et particulières d'attribution
(Descriptif appel à projet)

1.- BENEFICIAIRE

ETABLISSEMENT / ASSOCIATION

Intitulé :

Adresse :

.....

Nom du Demandeur : Fonction :

ORGANISME DE RATTACHEMENT DU BENEFICIAIRE :

CHU

CLCC

Hôpital non Universitaire

Autre :

SERVICE D'APPARTENANCE :

Intitulé :

Adresse :

.....

Nom du Chef de Service :

Téléphone :

E-mail :

Nombre de patients suivis pour une pathologie cancéreuse dans le service (depuis moins de 5 ans) :

en 2024 :

en 2025 :

Capacité d'accueil du service (nombre de lits, fauteuils en chimio) :

Soins de support proposés par l'établissement :

.....

.....

.....

2.- OBJECTIF ET JUSTIFICATION DE LA DEMANDE – *L'argumentaire pourra se faire sur papier libre*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.- FINANCEMENT (montant TTC)

PARTENARIAT D'ACTION / EQUIPEMENT (dans ce cas joindre obligatoirement 2 devis par équipement) :

Intitulé précis	Montants
.....	€
.....	€
.....	€
Montant total	€

PLAN DE FINANCEMENT

Coût total TTC de l'équipement / ou de l'action : €

Financement par l'établissement / ou l'association : €

Montant total demandé au Comité de La Ligue : €
(60% maximum du coût d'acquisition H.T.)

Avez-vous déjà **reçu** d'autres aides pour cet équipement/ou cette action ?

Oui

Non

Si oui, merci de remplir le tableau ci-après :

Organisme ou comité de La Ligue	Date	Montant alloué
		€
		€
		€
TOTAL		€

Avez-vous **demandé** d'autres aides à d'autres organismes pour cet équipement/ou action ?

Oui

Non

Si oui, merci de remplir le tableau ci-après :

Intitulé	Montants sollicités	
	€	
	€	
	€	
TOTAL		€

Pour les demandes émanant d'un SERVICE HOSPITALIER

<p style="text-align: center;">Signature du Demandeur <i>Le demandeur s'engage respecter les modalités particulières et générales d'attributions ci-annexées</i></p> <p>Nom : Date :</p>	<p style="text-align: center;">Signature du chef de Service</p> <p>Nom : Date :</p>
<p style="text-align: center;">Signature du Directeur (Général) <i>S'engageant à assurer la maintenance et les frais de fonctionnement</i></p> <p>Nom : Date :</p>	<p style="text-align: center;">Signature du Président de la CME <i>Approuvant l'acquisition au nom de la Communauté Médicale</i></p> <p>Nom : Date :</p>

Cachet de l'Etablissement :

Pour les demandes émanant d'une ASSOCIATION

Signature du Demandeur
(Le demandeur s'engage respecter les modalités particulières et générales d'attributions ci-annexées)

Nom : Fonction : Date :

Pièces à joindre pour toute demande :

- RIB
- 2 devis (si la demande concerne l'achat de matériel) / devis de l'intervenant-e pour les soins socio-esthétiques ou pédicure

Pièces à joindre pour toute demande émanant d'une association :

- Statuts de l'association (pour une 1ère demande ou en cas de changement)
- Composition du Conseil d'administration
- Budget de l'association

N.B. : - Chaque demande devra faire l'objet d'un dossier séparé

- Non consommés au cours de l'année où ils ont été distribués les crédits seront remis à la disposition du Comité, sauf s'ils ont fait l'objet d'une demande explicite et motivée de report

- Le bénéficiaire s'engage à justifier dans un délai d'un an après l'octroi du crédit de la bonne utilisation des fonds sous forme d'un rapport

- L'Etablissement et son bénéficiaire s'engagent à faire connaître au public l'aide apportée par LA LIGUE pour l'acquisition de l'équipement.