



COMITE DU NORD

« Année 2002 »

DEMANDE DE CREDIT D'EQUIPEMENTS POUR LE DIAGNOSTIC OU LE TRAITEMENT (sans objectif de recherche)

La demande devra être rédigée sur ce formulaire après que le demandeur ait pris connaissance des conditions générales et particulières d'attributions ci-annexées.

1 – BENEFICIAIRE

ETABLISSEMENT :

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 :

Fax :

e-mail :

2 – OBJECTIF ET JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

3 – FINANCEMENT (montant TTC)

EQUIPEMENTS DEMANDES (joindre obligatoirement 2 devis par équipement) :

INTITULE PRECIS

MONTANT

Frs

Frs

Frs

Montant total demandé :

Frs

**PLAN DE FINANCEMENT
(Montant T.T.C)**

Coût total de l'équipement :

Frs

Financement par l'établissement :

Frs

Montant total demandé au Comité de la Ligue

Frs

Avez-vous déjà reçu d'autres aides pour cet équipement,

OUI

NON

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

ORGANISME OU COMITE DE LA LIGUE	DATE	MONTANT ALLOUE
		Frs
		Frs
		Frs

TOTAL

Frs

Avez-vous demandé des aides à d'autres organismes pour cet équipement ?

OUI

NON

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

INTITULE	MONTANTS SOLLICITES
	Frs
	Frs
	Frs

TOTAL

Frs

<p>Signature du demandeur : Le demandeur s'engage à respecter les modalités particulières et générales d'attributions ci-annexées :</p> <p>Nom :</p> <p>Date :</p>

<p>Signature du Chef de service :</p> <p>Nom :</p> <p>Date :</p>

<p>Signature du Directeur (Général) S'engageant à assurer la maintenance et les frais de fonctionnement :</p> <p>Nom :</p> <p>Date :</p>

<p>Signature du Président de la CME Approuvant l'acquisition au nom de la Communauté Médicale :</p> <p>Nom :</p> <p>Date :</p>

Cachet de l'Etablissement

Cadre réservé de la Ligue contre le Cancer (ne rien inscrire)

Date du C.S.D :	<input type="text" value="/ /"/>	Date du C.A :	<input type="text" value="/ /"/>
Ou de la Commission ad hoc			
Avis du C.S.D. :	<input type="checkbox"/> Favorable	Avis du C.A. :	<input type="checkbox"/> Refusé
	<input type="checkbox"/> Défavorable		<input type="checkbox"/> Accepté
Montant accordé par le Comité :			<input type="text" value="Frs"/>
Exercice comptable : (année)			
L'imputation Comptable pour cette subvention est : « n° de Compte »			
Y a-t-il un cofinancement d'un autre Comité Départemental ?			
<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
Signature de la Présidente du C.S		Signature du Président du C.A	