

# APPEL D'OFFRES RECHERCHE 2024 LIGUE CONTRE LE CANCER REGLEMENT INTERIEUR



**Les dossiers de candidature doivent être adressés au  
Président du COMITE DEPARTEMENTAL  
de la Ligue contre le Cancer dont fait partie le demandeur**

18 CHER ☎ : 02.48.65.89.89	22 COTES D'ARMOR ☎ : 02.96.94.78.14	28 EURE ET LOIR ☎ : 02.37.21.19.50	29 FINISTERE ☎ : 02.98.47.40.63
35 ILLE ET VILAINE ☎ : 02.99.63.67.67	36 INDRE ☎ : 02.54.27.24.88	37 INDRE ET LOIRE ☎ : 02.47.39.20.20	41 LOIR ET CHER ☎ : 02.54.74.53.44
44 LOIRE ATLANTIQUE ☎ : 02 40 14 00 14	45 LOIRET ☎ : 02.38.56.66.02	49 MAINE ET LOIRE ☎ : 02.41.88.90.21	53 MAYENNE ☎ : 02.43.53.46.43
56 MORBIHAN ☎ : 02.97.54.18.18	72 SARTHE ☎ : 02.43.89.40.40	85 VENDEE ☎ : 02.51.44.63.28	<i>Pour contacter vos comités départementaux par e- mail faire cd + n°département : cd**@ligue-cancer.net</i>

## Conseil Scientifique Inter Régional Grand Ouest (CSIRGO)

**Les comités départementaux des régions  
Bretagne, Pays de la Loire et Centre Val de Loire  
attribuent des fonds d'aide à la Recherche sur le cancer.**

Contact secrétariat CSIRGO  
Tél : 02.57.67.55.85  
Mail : [recherche.go@ligue-cancer.net](mailto:recherche.go@ligue-cancer.net)

## DISPOSITIONS GENERALES

➤ **Les recherches financées par la Ligue contre le Cancer s'effectuent dans le cadre géographique du Grand-Ouest.**

Il est recommandé au candidat d'indiquer son lien éventuel avec un réseau du Grand-Ouest (Régions Bretagne, Centre-Val de Loire et Pays de la Loire).

➤ **L'objet de la recherche doit avoir un lien direct, exclusif ou prédominant avec le cancer.**

Les domaines privilégiés seront : la **recherche Fondamentale**, la **recherche Clinique** (hors essais cliniques), la **recherche en Économie de la Santé**, la **recherche Épidémiologique** et la **recherche en Sciences Humaines et Sociales**.

➤ Les crédits octroyés pour les projets de recherche pourront concerner des **petits équipements et matériels**, des **consommables** ou des **dépenses de fonctionnement** nécessaires au projet de recherche présenté.

Ne seront pas pris en charge les frais de : réception, aménagement, mobilier.

Les crédits pourront, cependant, participer aux financements de **vacations** (type Attachés de Recherche Clinique) ou de **gratifications** pour Master 2 ou pour les stagiaires de plus de 3 mois (voir avec leur organisme gestionnaire) sous condition que ces personnes ne soient pas salariées à temps plein par ailleurs (fournir une attestation sur l'honneur).

**NB.** Les crédits octroyés de cet appel d'offres ne concernent pas les Allocations de Recherche (doctorales<sup>1</sup>, post-doctorales).

➤ Les demandes devront obligatoirement être présentées sur le formulaire prévu.

Celui-ci est disponible au siège de chaque Comité Départemental de la Ligue et sur le site suivant :

[https://www.ligue-cancer.net/article/26227\\_appels-doffres-regionaux-ou-inter-regionaux](https://www.ligue-cancer.net/article/26227_appels-doffres-regionaux-ou-inter-regionaux).

➤ Le versement des subventions accordées s'effectue par chèque ou par virement selon les Comités au profit du **compte institutionnel** indiqué par le demandeur, les comptes d'Association étant exclus.

**Joindre le RIB** de l'établissement gestionnaire du porteur du projet (voir document de l'appel d'offre subvention recherche) **et** indiquer **l'ordre auquel le chèque doit être rempli**.

➤ Du fait de l'interrégionalité de ce Conseil Scientifique, les demandes multicentriques sont encouragées pour le rapprochement des équipes.

➤ Le porteur de projet doit **être détenteur d'un doctorat de Sciences, être titulaire d'un poste et être impliqué à plus de 30% de son temps recherche.**

➤ Pour chaque projet déposé, le temps de travail recherche des équipes doit être de **2,5 ETP** sachant que le **temps de travail recherche d'un des participants doit être supérieur à 80% (celui d'un master compte pour 0.5)**.

➤ **Un chercheur ne peut émarger qu'à un seul projet.**

---

<sup>1</sup> pour lesquelles les étudiants peuvent répondre à l'appel d'offre de la Ligue Nationale contre le Cancer mis en ligne sur le site [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net).

➤ **Une équipe labellisée par la Ligue Nationale contre le Cancer et tous ses membres** travaillant sur un sujet de recherche ne peuvent en aucun cas demander une aide financière à l'interrégion sur le même sujet de recherche.

➤ **Un seul projet est attendu par équipe.** Si plusieurs projets sont déposés par une même entité équipe selon les critères de l'HCERES : **le chef d'équipe argumentera précisément l'objet de ces demandes pour expliquer l'indépendance et les raisons justifiant le dépôt de plusieurs projets.**

➤ Les travaux financés par la Ligue contre le Cancer du Grand-Ouest devront être signifiés dans **les publications, compte-rendu officiels ou présentations.**

Les comités seront vigilants à l'annonce du soutien de la Ligue contre le Cancer.

- **Si soutien d'un seul comité :** « *Ce projet a été soutenu par la Ligue contre le Cancer du Grand-Ouest, comité de ... (Citer le département) »*
- **Si soutien de plusieurs comités :** « *Ce projet a été soutenu par les comités départementaux de la Ligue contre le Cancer du Grand-Ouest : Citer les départements par leur numérotation. »*

➤ En déposant un dossier, le porteur s'engage à se rendre disponible afin de présenter son projet lors de manifestation si celui-ci est financé par le Comité dont il dépend.

## SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT DE LABORATOIRE

➤ Elles correspondent à des projets de recherche. Une **description prévisionnelle** des dépenses en consommables et des frais de fonctionnement devra être fournie.  
Il ne sera pas attribué de dotation forfaitaire.

➤ **Les subventions de recherche sont attribuées pour une période de 12 mois** à compter de la notification, utilisables pendant 18 mois (du 1<sup>er</sup> janvier N au 30 juin N+1). Tout prolongement de ce délai doit pouvoir être justifié auprès du Comité Départemental financeur.

➤ Le versement d'une subvention peut s'effectuer sous forme d'un acompte du montant accordé. Le versement du solde intervient par tranches ou en totalité.

## SUBVENTIONS D'ÉQUIPEMENT ET MATÉRIELS DE LABORATOIRE

➤ Si l'aide financière de la Ligue pour ces équipements est prévue pour être utilisée dans un cadre strictement hospitalier, **l'avis favorable du Directeur (Général)** de l'Établissement devra figurer au dossier.

Les demandeurs devront toutefois justifier de l'utilisation de ces équipements dans le cadre d'une **recherche en cancérologie.**

➤ Un **descriptif et des devis précis** en cours de validité devront être fournis.

➤ **Le versement peut être effectué directement par le comité départemental :**

- Soit à l'établissement sur présentation de la facture libellée à l'ordre de l'établissement bénéficiaire et certifiée conforme et acquittée par le service financier ou comptable.

- Soit au fournisseur sur présentation de la facture libellée à l'ordre de l'établissement bénéficiaire (une copie du bon de commande doit être adressée au préalable).

## RAPPORT D'ACTIVITES ET BILAN FINANCIER

Au bout d'un an avec toutes les publications liées aux travaux.

**Fournir au format pdf un rapport d'activités et financier, faisant état des factures des frais de fonctionnement mentionnées sur la demande et certifiées acquittées, auprès de votre comité départemental et du secrétariat du Conseil Scientifique Interrégional GO au bout d'un an (demande de renouvellement de financement ou non).**

➤ Les laboratoires et services cliniques ayant bénéficié de crédits de recherche dans les années antérieures ne pourront faire une demande que s'ils ont répondu à cette clause.

**APPEL D'OFFRES RECHERCHE 2024**  
**LIGUE CONTRE LE CANCER**  
**DEMANDE DE SUBVENTIONS 2024 – FINANCEMENT POUR 1 ANNEE**



18 CHER ☎ : 02.48.65.89.89	22 COTES D'ARMOR ☎ : 02.96.94.78.14	28 EURE ET LOIR ☎ : 02.37.21.19.50	29 FINISTERE ☎ : 02.98.47.40.63
35 ILLE ET VILAINE ☎ : 02.99.63.67.67	36 INDRE ☎ : 02.54.27.24.88	37 INDRE ET LOIRE ☎ : 02.47.39.20.20	41 LOIR ET CHER ☎ : 02.54.74.53.44
44 LOIRE ATLANTIQUE ☎ : 02 40 14 00 14	45 LOIRET ☎ : 02.38.56.66.02	49 MAINE ET LOIRE ☎ : 02.41.88.90.21	53 MAYENNE ☎ : 02.43.53.46.43
56 MORBIHAN ☎ : 02.97.54.18.18	72 SARTHE ☎ : 02.43.89.40.40	85 VENDEE ☎ : 02.51.44.63.28	<i>Pour contacter vos comités départementaux par e-mail faire cd + n°département : cd**@ligue-cancer.net</i>

**Conseil Scientifique Inter Régional Grand Ouest (CSIRGO)**

**Les comités départementaux des régions  
 Bretagne, Pays de la Loire et Centre Val de Loire  
 attribuent des fonds d'aide à la Recherche sur le cancer.**

**Les formulaires de demande peuvent être obtenus auprès des secrétariats des Comités Départementaux de la Ligue contre le Cancer par : téléphone, mail, ou sur le site [https://www.ligue-cancer.net/article/26227\\_appels-doffres-regionaux-ou-inter-regionaux](https://www.ligue-cancer.net/article/26227_appels-doffres-regionaux-ou-inter-regionaux)**

**Les dossiers de candidature doivent être adressés au Président de VOTRE COMITE DEPARTEMENTAL de la Ligue contre le Cancer  
 au plus tard le 14 MAI 2024**

## PIECES A JOINDRE POUR LA CONCEPTION DU DOSSIER COMPLET A TRANSMETTRE AU COMITE DE VOTRE DEPARTEMENT

### Le demandeur doit fournir un dossier complet :

**1 exemplaire papier du dossier complet avec signatures originales + Pièces à fournir à part**

⇒ A envoyer par courrier à votre comité départemental

**1 fichier numérique du dossier complet en format pdf** avec les signatures scannées + **Pièces à fournir à part**

⇒ A envoyer par mail [cd\\*@ligue-cancer.net](mailto:cd*@ligue-cancer.net) (taille maximale du fichier 2 Mo) ou sur cdrom à votre comité départemental (\* numéro de votre département)

DOSSIER COMPLET	N° PAGE à préciser
<input type="checkbox"/> <b>FORMULAIRE DE DEMANDE, daté et signé</b> (par demandeur et directeur d'unité ou chef de service)	
<input type="checkbox"/> <b>DETAIL FINANCIER</b> de <a href="#">l'ensemble du projet</a>	
<input type="checkbox"/> <b>PLAN DE RECHERCHE</b> sur l'année par trimestre	
<input type="checkbox"/> <b>RAPPORT D'ACTIVITES SCIENTIFIQUES</b> de la demande antérieure subventionnée par la Ligue contre le Cancer	
<input type="checkbox"/> <b>CV</b> du demandeur	
<input type="checkbox"/> <b>ORGANIGRAMMES DU LABORATOIRE ET DE L'EQUIPE</b> du demandeur travaillant sur le projet.	
<input type="checkbox"/> <b>5 MEILLEURES PUBLICATIONS</b> du porteur de projet dans les 5 dernières années	
<input type="checkbox"/> <b>ENGAGEMENT</b> du bénéficiaire, ou du coordonnateur de la demande multicentrique, <b>de faire parvenir au terme de l'utilisation de la subvention :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un rapport d'activité scientifique sur le résultat des recherches entreprises <b>sous format pdf</b></li> <li>- un <b>compte-rendu financier</b> de l'emploi des fonds reçus certifié conforme par l'établissement</li> <li>- une copie de la page mentionnant, dans vos <b>publications</b>, l'aide financière de la Ligue contre le cancer</li> </ul>	

### DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER

**Annexe 1 - INFORMATIONS BANCAIRES :** [préciser](#) l'**ORDRE** et l'**ADRESSE PRECISE (gestionnaire)** pour l'envoi du **CHEQUE**, le bénéficiaire du **VIREMENT BANCAIRE** - [Format pdf](#)

**RIB** de l'établissement gestionnaire : [à joindre](#) pour chaque équipe à part du dossier - [Format pdf](#)

**Annexe 2 - FICHE RESUME** - [Format pdf](#)

**Annexe 3 - FICHE D'EVALUATION** avec l'encadré prérempli - [Format word](#)

**Annexe 4 - EXPERTS :** **faire une liste des experts compétents** dans votre domaine avec lesquels vous n'avez aucun conflit d'intérêt (publications communes ou autres ...) hors des 3 régions du Grand-Ouest. Possibilité d'ajouter des experts que vous ne souhaiteriez pas pour raison de compétitivité ou autres. Dans tous les cas, indiquer les coordonnées complètes pour chacun des experts (nom, prénom, adresse, tél et e-mail) - [Format word](#)

**Nommer les documents informatiques en indiquant le n° du dept\_nom du demandeur\_nom du fichier (Dossier, Infos bancaires, Experts, Résumé, Evaluation)année**  
Exemple : 35\_DURAND\_Dossier2024.pdf

***Le fait de déposer une demande de subvention au Comité départemental a valeur d'acceptation des conditions énoncées ci-dessus.***

## I/ CONTEXTE DU PROJET

### 1- IDENTIFICATION DU PORTEUR DU PROJET

Nom ..... Prénom.....  
 Titre et fonction .....  
 Adresse e-mail .....  
 Téléphone .....

### 2- ÉTABLISSEMENT OU SE DEROULE LA RECHERCHE

Établissement.....  
 Adresse.....  
 Téléphone.....  
 Responsable du laboratoire : Nom..... Prénom.....

### 3- ORGANISMES DE RATTACHEMENT

INSERM     CHU     CRLCC     UNIVERSITE UFR     CNRS  
 Autre (préciser) : .....

### 4- LA RECHERCHE ENTRE-T-ELLE DANS LE CADRE DE LA LOI HURIET ?

OUI     NON    Si oui, fournir l'avis du CPP

### 5- S'AGIT-IL D'UN PROGRAMME MULTICENTRIQUE ?

OUI     NON    Si oui, précisez les autres laboratoires partenaires  
 Lab 1 - Porteur du projet : ..... Ville : .....  
 Lab 2 : ..... Responsable : ..... Ville : .....  
 Lab 3 : ..... Responsable : ..... Ville : .....  
 Lab 4 : ..... Responsable : ..... Ville : .....

### 6- UNE PARTIE DE CE PROGRAMME A-T-IL FAIT L'OBJET D'UNE AUTRE DEMANDE AUPRES D'UN AUTRE COMITE DEPARTEMENTAL DE LA LIGUE OU D'UN AUTRE ORGANISME ?

OUI     NON    Si oui, précisez le(s) autre(s) Comité(s) ou l'organisme.....  
 .....

### 7- ÉQUIPE LABELISEE

Une demande de labellisation est-elle en cours sur le même projet que la présente demande ?

OUI     NON

Votre présent projet fait-il partie du programme d'une équipe labellisée ?

OUI     NON

### 8- LE PROJET FAIT-IL PARTIE D'UN AXE DE RECHERCHE DU CANCERPOLE GRAND-OUEST ?

OUI     NON    Si oui, lequel ou lesquels ? Cochez un ou plusieurs axes ou réseaux

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molécules marines, métabolisme et cancer | <input type="checkbox"/> Sciences humaines et sociales     |
| <input type="checkbox"/> Vectorisation, Imagerie, Radiothérapies  | <input type="checkbox"/> Exosome Environnemental & Social  |
| <input type="checkbox"/> Cancres des tissus hormono-dépendants    | <input type="checkbox"/> Niche et Épigénétique des tumeurs |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapies                          | <input type="checkbox"/> Oncopédiatrie du Grand Ouest      |

**II/ PARTICIPANTS IMPLIQUES DANS LE PROJET**

**Equipe 1 – Intitulé :** .....

NOM - Prénom	Titre <sup>1</sup>	Etablissement / Laboratoire	Fonction dans projet	% DU TEMPS TOTAL DE RECHERCHE CONSACRE AU PROJET <sup>2</sup>	* SIGNATURE OBLIGATOIRE

**Equipe 2 - Intitulé :** .....

NOM - Prénom	Titre <sup>1</sup>	Etablissement / Laboratoire	Fonction dans projet	% DU TEMPS TOTAL DE RECHERCHE CONSACRE AU PROJET <sup>2</sup>	* SIGNATURE OBLIGATOIRE

**\* signature obligatoire pour validation de l’expertise**

<sup>1</sup> : Pour les doctorants, merci de préciser : Année 1, année 2, année 3 et date d’arrivée dans le laboratoire  
Préciser également si Equipe ATIP Avenir

<sup>2</sup> : À noter qu’un master compte pour 0.5 ETP



### III/ DESCRIPTION DU PROJET

#### 1- DOMAINES ET LOCALISATIONS TUMORALES

<b>Montant demandé :</b> .....	€	<b>Appartenance comité départemental N° :</b> .....
<b>Intitulé du projet :</b> .....		
.....		
<b>Porteur du projet :</b>	<b>Titre :</b> .....	<b>Nom :</b> ..... <b>Prénom :</b> .....
<b>Laboratoire :</b> .....		
<b>Adresse :</b> .....		
.....		
<b>Tel :</b> .....		<b>Mail :</b> .....
<b>Projet multicentrique :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Si oui, nombre d'équipes impliquées :</b>		

**Maximum 3 domaines dans lequel s'inscrit le projet : merci d'utiliser une couleur différente pour vos choix :**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anatomie pathologique | <input type="checkbox"/> Expression génique    | <input type="checkbox"/> Préventions I <sup>aire</sup> et II <sup>aire</sup> |
| <input type="checkbox"/> Angiogenèse           | <input type="checkbox"/> Gènes suppresseurs    | <input type="checkbox"/> Protéomique   |
| <input type="checkbox"/> Apoptose              | <input type="checkbox"/> Génétique moléculaire | <input type="checkbox"/> Radiobiologie                                       |
| <input type="checkbox"/> Biologie Cellulaire   | <input type="checkbox"/> Hormones              | <input type="checkbox"/> Radiothérapie                                       |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie        | <input type="checkbox"/> Imagerie médicale     | <input type="checkbox"/> Récepteurs  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie             | <input type="checkbox"/> Immunologie           | <input type="checkbox"/> Sciences Hum. & Sociales                            |
| <input type="checkbox"/> Cycle Cellulaire      | <input type="checkbox"/> Immunothérapie        | <input type="checkbox"/> Signalisation                                       |
| <input type="checkbox"/> Cytogénétique         | <input type="checkbox"/> Biothérapie           | <input type="checkbox"/> Synthèses chimiques                                 |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic            | <input type="checkbox"/> Métastases            | <input type="checkbox"/> Thérapie Cellulaire                                 |
| <input type="checkbox"/> Douleurs              | <input type="checkbox"/> Oncogènes             | <input type="checkbox"/> Trafic intracellulaire                              |
| <input type="checkbox"/> Environnement         | <input type="checkbox"/> Pharmacogénomique     | <input type="checkbox"/> Autres. Précisez :                                  |
| <input type="checkbox"/> Epidémiologie         | <input type="checkbox"/> Pharmacologie         | .....  |

**Localisations tumorales se rapportant à l'étude : merci d'utiliser une couleur différente pour vos choix**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Appareil génital           | <input type="checkbox"/> Œsophage                   | <input type="checkbox"/> Thyroïde                                |
| <input type="checkbox"/> Carcinome primitif inconnu | <input type="checkbox"/> ORL (précisez)             | <input type="checkbox"/> Autre localisation.<br>Précisez : ..... |
| <input type="checkbox"/> Côlon                      | <input type="checkbox"/> Os                         | .....  |
| <input type="checkbox"/> Foie                       | <input type="checkbox"/> Pancréas                   |  |
| <input type="checkbox"/> Leucémie aigüe             | <input type="checkbox"/> Plèvre                     |  |
| <input type="checkbox"/> Leucémie chronique         | <input type="checkbox"/> Poumon                     |  |
| <input type="checkbox"/> Lymphome non hodgkinien    | <input type="checkbox"/> Rein                       |  |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin         | <input type="checkbox"/> Sein                       |  |
| <input type="checkbox"/> Mélanome                   | <input type="checkbox"/> Syndrome myéloprolifératif |  |
| <input type="checkbox"/> Myélome multiple           | <input type="checkbox"/> Système nerveux            |  |

## 2- PRESENTATION DU PROJET (6 pages maximum, Time 12, Interligne simple)

<b>Montant demandé :</b> .....	€	<b>Appartenance comité départemental N° :</b> .....
<b>Intitulé du projet :</b> .....	.....	
<b>Porteur du projet :</b>	<b>Titre :</b> .....	<b>Nom :</b> ..... <b>Prénom :</b> .....
<b>Laboratoire :</b> .....	.....	
<b>Adresse :</b> .....	.....	
<b>Tel :</b> .....	<b>Mail :</b> .....	.....
<b>Projet multicentrique :</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Si oui, nombre d'équipes impliquées :</b> .....

**Plan à respecter :**

1. RESUME
2. OBJECTIFS
3. ARGUMENTAIRE/SITUATION DU PROJET
4. ETAT DES TRAVAUX DE L'EQUIPE SUR LE PROJET
5. METHODOLOGIE (à développer – 2 pages minimum)
6. RESULTATS ATTENDUS/PERTINENCE PAR RAPPORT AU CANCER
7. PRODUCTION SCIENTIFIQUE (de toutes les personnes de l'équipe qui ont publié sur le sujet)

## IV/ FINANCEMENT DU PROJET PAR LA LIGUE CONTRE LE CANCER

### 1- PROJET ANTERIEUR

S'agit-il de la prolongation d'une recherche précédemment financée par la Ligue ?

OUI  NON Si oui, joindre le rapport scientifique du projet (voir page 10).

Intitulé du projet déjà financé + année AO : .....

Un autre projet a-t-il déjà été financé par la Ligue contre le Cancer (AO années précédentes) ?

OUI  NON Si oui, joindre le rapport scientifique du projet (voir page 10).

Intitulé du projet déjà financé + année AO : .....

Un des membres de votre équipe est-il actuellement financé par la Ligue ?

OUI  NON

### 2- NOUVELLE DEMANDE DE FINANCEMENT sur 1 an

	Montant (en €) pour un an
<b>Montant total nécessaire pour ce projet</b> ➡ Si coût supérieur au montant demandé à la Ligue, joindre le détail financier de l'ensemble du projet (cf point 4 page suivante)	
<b>Montant demandé à la Ligue contre le Cancer</b> ➡ Joindre le plan de recherche sur l'année par trimestre (cf point 5 page suivante)	
<b>Projets multicentriques : Ventilation prévue par équipe</b> (par exemple : équipe 1 + NOM équipe + montant)	

### 3- DÉTAIL DU MONTANT DEMANDÉ À LA LIGUE (à justifier) A titre indicatif, la moyenne des subventions est de l'ordre de 30 000 €.

POSTE	DESCRIPTIF	QUANTITÉ	MONTANT TOTAL TTC
<b>FONCTIONNEMENT</b>			
Consommables			0,00 €
Petits matériels (< 1000 €)			0,00 €
Autres (missions, prestations de plateformes, ...)			0,00 €
Gratifications M2 (Maximum 5 000 €)			0,00 €
<b>TOTAL FONCTIONNEMENT</b>			<b>0,00 €</b>
<b>ÉQUIPEMENT (&gt; 1000 €) joindre le devis</b>			
			0,00 €
<b>TOTAL EQUIPEMENT</b>			<b>0,00 €</b>
<b>VACATIONS consacrées au projet. Ne pas dépasser 5 000 €, sauf pour les projets de SHS, épidémiologie et économie de la santé qui ne peuvent excéder 15 000 €</b> Montant charges patronales incluses			
			0,00 €
<b>TOTAL VACATIONS</b>			<b>0,00 €</b>
<b>TOTAL GLOBAL</b>			<b>0,00 €</b>

**4- DETAIL FINANCIER DE L'ENSEMBLE DU PROJET - à créer par le porteur**

Si le coût total du projet est **supérieur** au montant demandé à la Ligue, merci de bien vouloir détailler ici **l'ensemble des dépenses total liées au projet**, afin de préciser ce qui sera financé par la Ligue et ce qui ne le sera pas :

Il n'y a pas de modèle type. Ci-dessous un exemple de présentation :

LISTE DES DEPENSES	MONTANT DEMANDE A LA LIGUE	MONTANT NON DEMANDE A LA LIGUE + ORGANISME FINANCEUR

**5- PLAN DE RECHERCHE SUR L'ANNEE PAR TRIMESTRE - à créer par le porteur**

Il n'y a pas de modèle type. Par exemple : tableau, Gantt chart...

## V/ FINANCEMENTS COMPLEMENTAIRES

### 1- SI VOUS AVEZ REÇU DES AIDES POUR CE PROJET OU CET ÉQUIPEMENT, MERCI DE PRÉCISER

Organisme	Montant	Durée	Date de début

### 2- SI D'AUTRES DEMANDES ONT ÉTÉ FAITES POUR CE PROJET OU CET ÉQUIPEMENT

Organisme	Montant	Durée	Date prévue résultat

#### Signature du Demandeur\*

Le demandeur s'engage à respecter les modalités particulières et générales d'attributions ci-annexées

Nom : .....

Date : .....

#### Signature du Directeur d'unité ou du Chef de Service\*

Nom : .....

Date : .....

#### Signature du Directeur d'établissement\*

Uniquement s'il s'agit d'un équipement hospitalier avec objectif de recherche

Nom : .....

Date : .....

#### Cachet de l'Etablissement\* :

\* SIGNATURES obligatoires pour validation de l'expertise

**VI/ RAPPORT SCIENTIFIQUE DU PROJET PRECEDENT FINANCE PAR LA LIGUE  
(4 pages maximum, Time 12, Interligne simple)**

<u>Année de l'appel d'offre du projet financé</u> :.....	<u>Montant obtenu</u> :.....
<u>Porteur du projet</u> : Titre :.....	Nom : .....Prénom : .....
<u>Laboratoire</u> : .....	
<u>Intitulé du projet</u> : .....	
.....	
<u>Soutien(s) du(es) comité(s) départemental(aux) N°(s)</u> : ... ..	

**Plan à respecter :**

1. RESUME
2. SITUATION DU PROJET
3. RESULTATS DES TRAVAUX
4. APPORT DES RESULTATS DANS LE CONTEXTE
5. PUBLICATIONS et/ou PRESENTATIONS REALISEES

**VII/ CURRICULUM VITAE DU DEMANDEUR**  
**(2 pages maximum)**

**VIII/ ORGANIGRAMMES DU LABORATOIRE ET DE L'EQUIPE DU DEMANDEUR  
TRAVAILLANT SUR LE PROJET (1 page maximum)**



**IX/ LES 5 MEILLEURES PUBLICATIONS DU PORTEUR DE PROJET  
DANS LES 5 DERNIERES ANNEES**

Merci de faire une liste de vos 5 meilleures publications.

## X/ L'ENGAGEMENT DU BENEFICIAIRE, OU DU COORDONNATEUR DE LA DEMANDE MULTICENTRIQUE

### Faire parvenir au terme de l'utilisation de la subvention :

- ♦ un rapport d'activité scientifique sur le résultat des recherches entreprises **sous format pdf**
- ♦ un **compte-rendu financier** de l'emploi des fonds reçus certifié conforme par l'établissement
- ♦ une copie de la page mentionnant, dans vos **publications**, l'aide financière de la Ligue contre le cancer

## ANNEXE 1 – INFORMATIONS BANCAIRES

**Montant demandé** : .....€ **Appartenance comité départemental N°** : .....

**Intitulé du projet** : .....

.....

**Porteur du projet** : **Titre** : ..... **Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Laboratoire** : .....

**Adresse** : .....

.....

**Tel** : ..... **Mail** : .....

**Projet multicentrique** :     oui     non    **Si oui, nombre d'équipes impliquées** : .....

### MODALITES DE REGLEMENT

- Merci de fournir pour chaque équipe les 2 moyens de paiement : chèque et RIB

### ÉQUIPE PORTEUR :

Nom de l'équipe		
Paiement par chèque	A l'ordre de	
	NOM – Prénom <i>de la gestionnaire / du gestionnaire</i>	
	Coordonnées complètes : Adresse + CP + Ville + Téléphone <i>de la gestionnaire / du gestionnaire</i>	
Paiement par virement	Titulaire du compte	
	Nom de la banque	
	Numéro du compte (IBAN)	

➡ Joindre le RIB au format pdf à part du dossier complet

### EQUIPE 2 :

Nom de l'équipe		
Paiement par chèque	A l'ordre de	
	NOM – Prénom <i>de la gestionnaire / du gestionnaire</i>	
	Coordonnées complètes : Adresse + CP + Ville + Téléphone <i>de la gestionnaire / du gestionnaire</i>	
Paiement par virement	Titulaire du compte	
	Nom de la banque	
	Numéro du compte (IBAN)	

➡ Joindre le RIB au format pdf à part du dossier complet

### EQUIPE 3 :

Nom de l'équipe		
Paielement par chèque	A l'ordre de	
	NOM – Prénom <i>de la gestionnaire / du gestionnaire</i>	
	Coordonnées complètes : Adresse + CP + Ville + Téléphone <i>de la gestionnaire / du gestionnaire</i>	
Paielement par virement	Titulaire du compte	
	Nom de la banque	
	Numéro du compte (IBAN)	

➡ Joindre le RIB au format pdf à part du dossier complet

### EQUIPE 4 :

Nom de l'équipe		
Paielement par chèque	A l'ordre de	
	NOM – Prénom <i>de la gestionnaire / du gestionnaire</i>	
	Coordonnées complètes : Adresse + CP + Ville + Téléphone <i>de la gestionnaire / du gestionnaire</i>	
Paielement par virement	Titulaire du compte	
	Nom de la banque	
	Numéro du compte (IBAN)	

➡ Joindre le RIB au format pdf à part du dossier complet

### EQUIPE 5 :

Nom de l'équipe		
Paielement par chèque	A l'ordre de	
	NOM – Prénom <i>de la gestionnaire / du gestionnaire</i>	
	Coordonnées complètes : Adresse + CP + Ville + Téléphone <i>de la gestionnaire / du gestionnaire</i>	
Paielement par virement	Titulaire du compte	
	Nom de la banque	
	Numéro du compte (IBAN)	

➡ Joindre le RIB au format pdf à part du dossier complet



## ANNEXE 3 - FICHE D'ÉVALUATION

### Réservée au rapporteur du dossier

**Montant demandé :** .....€ **Appartenance comité départemental N° :** .....

**Intitulé du projet :** .....

**Porteur du projet :** Titre : ..... Nom : ..... Prénom : .....

**Laboratoire :** .....

**Adresse :** .....

**Tel :** ..... **Mail :** .....

**Projet multicentrique :**  oui  non **Si oui, nombre d'équipes impliquées :** .....

Notation de 1 à 5 – « 5 » étant à la meilleure note	5	4	3	2	1
<b>Porteur</b> (qualité - parcours/fonction - publications...)					
<b>Equipe</b> (Implication des membres de l'équipe dans le projet : cohérence et respect du pourcentage)					
<b>Projet :</b> Caractère innovant					
<b>Projet :</b> Faisabilité					
<b>Projet :</b> Méthodologie					
<b>Projet :</b> Présentation du protocole scientifique					
Pertinence des publications en rapport avec le projet					
Pertinence en cancérologie					
Evaluation financière en rapport avec le projet et le nombre ETP					

### COMMENTAIRES : permettant de comprendre votre notation

Développer suffisamment pour transmission de manière anonyme au demandeur

**Points Forts :**

**Points Faibles :**

**Évaluation globale de l'expert :**  Expert interne CSIRGO  Expert externe CSIRGO

A (A financer en priorité)

A' (Non prioritaire)

B (Ne pas financer)

HC (Hors cadre)

## ANNEXE 4 - EXPERTS

<b>Montant demandé :</b> .....€ <b>Appartenance comité départemental N° :</b> ..... <b>Intitulé du projet :</b> ..... ..... <b>Porteur du projet :</b> Titre : ..... Nom : ..... Prénom : ..... <b>Laboratoire :</b> ..... <b>Adresse :</b> ..... ..... <b>Tel :</b> ..... <b>Mail :</b> ..... <b>Projet multicentrique :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Si oui, nombre d'équipes impliquées :</b>
--

**3 experts compétents dans votre domaine avec lesquels vous n'avez aucun conflit d'intérêt (publications communes ou autres ...) hors des 3 régions du Grand-Ouest**

NOM Prénom	Adresse	CP	Ville	Téléphone	Adresse mail	Expertise

**Experts que vous ne souhaiteriez pas pour raison de compétitivité ou autres**

NOM Prénom	Adresse	CP	Ville	Téléphone	Adresse mail	Expertise