

DEMANDE DE FINANCEMENT HUMANISATION
« Amélioration de la qualité de vie des malades à l'hôpital »
Formulaire pour les hôpitaux parisiens intra-muros
ANNEE 2024

Les soins de support ne font pas partie de cet appel d'offre.

La demande devra être rédigée sur ce formulaire original (recto-verso) accompagnée des documents complémentaires et renvoyée en **6 exemplaires** (dont l'original), **le 22 juillet 2023 au plus tard** (le cachet de la Poste faisant foi), au :

Comité de Paris de la Ligue contre le cancer
89 bd Auguste Blanqui, 75013 Paris

Etablissement

☐ Etablissement public ☐ Etablissement privé à but non lucratif

Intitulé:

Adresse: Code postal, ville

Demandeur (NOM, Prénom):

Titres et fonctions du demandeur:

Tél. Fax E-mail

Directeur (NOM, Prénom):

Pôle / Service

Intitulé:

Nom et prénom du Responsable de la structure

Nombre de lits dans le service Nombre de lits affectés à la cancérologie
(estimation)

Statistiques d'activité annuelle concernant les malades atteints de cancer :

Journées d'hospitalisation Consultations

Séances de radiothérapie

Demi-journées de chimiothérapie ambulatoire

Nouveaux malades

Objectif et justification de la demande (voir formulaire joint « notice explicative »)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Demande financière

- Pour des raisons budgétaires, le montant total de la demande ne devra pas dépasser 15 000 € TTC.
- Les demandes présentées avec des montants H.T. ne seront pas prises en compte.

Joindre obligatoirement les devis (**photocopies lisibles**).

Descriptif et quantité pour chaque élément (obligatoire)	Montant TTC
	TTC
	TTC
	TTC
	TTC
	TTC
	TTC
	TTC
Frais de transport ou d'installation	TTC
Total	TTC

Avis favorable obligatoire du Directeur qui s'engage, par ailleurs, à prendre en charge les éventuels frais d'entretien et de fonctionnement. Les matériels feront l'objet d'un don à l'établissement.

Intitulé du compte sur lequel sera versée la subvention (joindre obligatoirement un RIB)

[illegible]

Avez-vous demandé, pour l'année 2024, des aides à d'autres organismes pour ce projet ?

Non Oui Si oui, lesquels.....

Date et signature
du demandeur

Date et signature
du Responsable du Pôle/Service

Cachet de l'établissement

Date et signature du Directeur