



PARIS

DEMANDE DE FINANCEMENT EDT
« Equipements de diagnostic et de traitement »
Formulaire pour les hôpitaux parisiens intra-muros
ANNEE 2025

La demande (**1 demande par service**) devra être rédigée sur ce formulaire original (recto-verso) accompagnée des documents complémentaires nécessaires (voir notice jointe) et **renvoyée en 2 exemplaires** (dont l'original), **le 21 juillet 2024 au plus tard**, au :

Comité de Paris de la Ligue contre le cancer – 89 bld Auguste Blanqui – 75013 Paris.

A envoyer également en version électronique à : cd75@ligue-cancer.net

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:.....

Organisme de rattachement (CNRS,INSERM,CHU,CH...):.....

Nom et prénom du Responsable de la structure

Tél :..... Fax :..... E-mail :.....

Nombre de patients pris en charge pour un cancer par an

Nombre annuel de primo consultants :.....

Nombre de lits d'hôpital de semaine :.....de jour :.....d'hospitalisation classique :.....

Nombre de patients traités en radiothérapie

Titre de la demande

.....
.....
.....

Complétez le formulaire selon la notice explicative (document joint). Précisez, s'il y a lieu, les collaborations organisées autour de ce programme.

Demande financière (Joindre obligatoirement les devis)

Pompes à morphine ou pousse-seringues sont exclues de cet appel d'offres.

Pour des raisons budgétaires, le montant total de la demande ne devra pas dépasser 50 000 € TTC.

Descriptif	Montant TTC
Total	

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**)

.....

/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/

Avez-vous demandé, pour l'année 2025, 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

