

DEMANDE DE FINANCEMENT HUMANISATION
« Amélioration de la qualité de vie des malades à l'hôpital »
Formulaire pour les hôpitaux parisiens intra-muros
ANNEE 2025

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 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:.....

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 montants doivent être reportés, pour chaque élément, en TTC.

Joindre obligatoirement les devis

Descriptif et quantité pour chaque élément	Montant <u>TTC</u>
	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**)

.....

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

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

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