



## OPÉRATION PIÈCES JAUNES 2020

### DEMANDE DE SUBVENTION

DOSSIER À RETOURNER À  
LA FONDATION AVANT LE  
16 DÉCEMBRE 2019

Établissement : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Directeur : M.  Mme  .....

E-mail : ..... Tél : .....

Service et spécialité : .....

Médecin chef de service :

M.  Mme  Dr  Pr  .....

E-mail : ..... Tél : .....

Responsable du projet auprès de la direction :

M.  Mme  .....

Fonction : .....

E-mail : ..... Tél : .....

Responsable du projet auprès de l'équipe soignante :

M.  Mme  .....

Fonction : .....

E-mail : ..... Tél : .....

Date, signature et cachet  
du médecin chef de service

Date, signature et cachet  
du directeur d'établissement



## Synthèse du projet

Titre :

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

**Pour l'évaluation, merci de préciser :**

- ◆ Le nombre de lits de l'établissement : .....
- ◆ Le nombre de lits du ou des services concernés : .....



## Financement

**Coût global du projet :** ..... Euros

**Participation financière de l'établissement :** ..... Euros

**Montant de la subvention demandée à la Fondation :** ..... Euros

Autres cofinancements :	Montant (en euros) :