

Annexe 5 : Formulaire de candidature

Porteur du projet

Organisme gestionnaire/association/nom de la structure :

Numéro FINESS :

Adresse :

Nom du responsable de la structure / du gestionnaire :

Email :

Numéro de téléphone :

Nom du responsable du projet (si différent) :

Email :

Numéro de téléphone :

Demande d'aide au financement

Cocher la case concernée :

- ☐ Etude de faisabilité
- ☐ Aide au démarrage
- ☐ FMIS extension / rénovation de MSP
- ☐ Investissement immobilier création d'un CDS

Description du projet

Description

Liste des professionnels de santé concernés :