**APPEL A PROJET 2015**

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE**

Date limite de dépôt : **30 Septembre 2015**

1. **Institution porteur du projet et responsable du projet**

**1.1 Établissement porteur du projet** *(l´établissement doit être membre d’e-Omed à jour de ses cotisations de 2014)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’établissement** : | | | | **Pays :** |
| **Nom du Premier responsable :** | **Prénom :** | | **Titre :** | **Fonction :** |
| **Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc.** *(préciser)***:** | | | | |
| **Adresse postale :** | | **Ville :** | | |
| **Téléphone :** | | **Site Internet :** | | |

* 1. **Responsable scientifique du projet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | **Prénom :** | **Titre :** | **Fonction :** |
| **Téléphone :** | | **Mail :** | |

1. **Etablissements partenaires du projet**

Au moins deux des établissements partenaires du projet doivent être membres d’e-Omed dont au moins un du Nord et un du Sud.

**2.1 Établissement partenaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’établissement** *(membre d’e-Omed)***:** | | | **Pays :** |
| **Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc.** *(préciser)***:** | | | |
| **Co-responsable scientifique du projet** | | | |
| **Nom :** | **Prénom :** | **Titre :** | **Fonction :** |
| **Téléphone :** | | **Mail :** | |

**2.2 Établissement partenaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’établissement** *(membre d’e-Omed)***:** | | | **Pays :** |
| **Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc.** *(préciser)***:** | | | |
| **Co-responsable scientifique du projet** | | | |
| **Nom :** | **Prénom :** | **Titre :** | **Fonction :** |
| **Téléphone :** | **Mail :** |  |  |

**2.3 Établissement partenaire**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’établissement :** | | | Membre d’e-Omed  *(cocher le cas échéant****)*** | **Pays :** |
| **Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc.** *(préciser)***:** | | | | |
| **Co-responsable scientifique du projet** | | | | |
| **Nom :** | **Prénom :** | **Titre :** | | **Fonction :** |
| **Téléphone :** | | **Mail :** | | |

**2.4 Établissement partenaire**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’établissement :** | | | Membre d’e-Omed  *(cocher le cas échéant)* | **Pays :** |
| **Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc.** *(préciser)***:** | | | | |
| **Co-responsable scientifique du projet** | | | | |
| **Nom :** | **Prénom :** | **Titre :** | | **Fonction :** |
| **Téléphone :** | | **Mail :** | | |

1. **Description du projet**

**3.1 Identification du projet**

|  |
| --- |
|  |

**3.2 Communauté thématique**

|  |
| --- |
|  |

**3.3 Description sommaire du projet** *(joindre la description détaillée y compris l’échéancier du projet en annexe)*

|  |
| --- |
| **Objectifs :**  **Contexte et Etat des lieux :**  **Méthodologie utilisée :**  **Répartition des tâches entre les partenaires :**  **Indicateurs d’évaluation :**  **Livrables :**  **Diffusion des résultats :** |

1. **Financement du projet**

**4.1 Coût du projet**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coût global :** |  | € | **Subvention demandée à e-Omed :** |  | € |
|  |  |  | *(Maximum 15 000 € )* | |  |
| **Autres contributions** *– préciser* | | **Institution** | | **Montant** |  |
|  | |  | |  | € |
|  | |  | |  | € |

**4.2 Ventilation des dépenses relatives à la subvention demandée à e-Omed**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descriptif** | **Bénéficiaires** | **Montant** |  |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |

1. **Signature du responsable de Projet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Signature** | **Date** | | |
|  |  |  |  |
|  | jour | mois | année |

1. **Signature et cachet du responsable de l’établissement porteur du Projet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Fonction** | | |
| **Signature et cachet de l’établissement** | | **Date** | | |
|  | |  |  |  |