Cadre réservé à l’Agence de la biomédecine

Numéro de dossier :

### Appels d’offres Recherche 2019 / *Call for proposals 2019*

### Recherche et greffe AMP, diagnostic prénatal et diagnostic génétique

**(3) FICHE FINANCIERE /** *FINANCIAL FORM*

L’évaluation tient compte des aspects financiers assurant la faisabilité du projet et de la cohérence de la fiche financière. *Evaluation of the proposal takes into account the financial aspects ensuring the feasibility of the project as well as the adequation of the requested grant*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TITRE DU PROJET /** *Project title* **:** | | | |
| Montant de la subvention demandée / *requested amount* | € TTC / *all taxes included* | | |
| Nom et prénom du coordinateur / *Coordinator’s name* : | | | |
| Nom du responsable administratif du service/laboratoire / *Name of the department or laboratory’s administrative head* : | | | |
| **A/ Destination de la subvention demandée /** *breakdown of the expected grant***:** | | | |
| **Détail des charges /** *Cost details***:** | | **€ HT** *(without taxes***)** | **€ TTC** *(all taxes included)* |
| * Frais de fonctionnement / *Operating costs* :   + Achat de matériel / *Equipment purchase* (**détail**) :   + Autres consommables (réactifs, etc.) / *Other fungibles* (**détail**) :   + Animalerie / *Animal care* (**détail**) : * Investissements si nécessaire / *investments if required* (**détail**) | |  |  |
| * Frais de personnel **non permanent** (rémunération, vacations)**\* /** *Non-permanent staff costs (salary…)*,   + Médical / *Medical* (**préciser le nombre d’homme-mois /** *indicate the number of person.months*) :   + Non médical / *Non medical* (**préciser le nombre d’homme-mois /** *indicate the number of person.months*) : * Missions (frais de déplacement et de séjour) / *Travelling costs*: | |  |  |
| * Prestations de service / *Services’ costs* :   + Locations / *rentals* :   + Frais de documentation / *Library costs* :   + Sous-traitance, travaux d’études / *Sub-contracting, study costs* : * Frais de gestion **(Maximum 4% du montant versé par l’Agence) /** *Overheads (Maximum 4% of the amount granted by the Agency)***:** | |  |  |
| * Autres / *Others* : | |  |  |
| **TOTAL** | |  |  |

**\***Indiquer les salaires chargés / *indicate the charged salaries*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B/ BUDGET TOTAL du projet /** *Total budget of the project***:** | | |
| Citer les financements complémentaires accordés ou demandés **(préciser la date des résultats)** concourant à la réalisation de ce projet : origine et montant des subventions (Etat, établissement public, collectivité territoriale, fonds européens, autres). *Cite the additional financing granted or requested (specify the expected date of the results) contributing to the realization of this project : detail origin and amount of the grants (State, public institution, local authority, European funds, others*). | | |
|  | **€ HT** *(without taxes***)** | **€ TTC** *(all taxes included)* |
| * Agence de la biomédecine (demandé) |  |  |
| TOTAL |  |  |

Dans le cas où le projet ferait l’objet de plusieurs demandes de financement, veuillez préciser, dans la fiche projet, la partie qui correspond à la subvention demandée auprès de l’Agence de la biomédecine. *In the event that the project is the subject of several requests for funding, please specify in the project form the part corresponding to the grant requested from the Agence de la biomédecine*

- Préciser s’il existe une mise à disposition gratuite de biens et services / *Indicate if there is a free provision of goods and services for this project* :

- Ressources globales de chacune des équipes participantes pour 2018-2019  / *Global financial ressources for each team involved in the project for the 2018-2019 period* :