|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Réservé à l’Agence de la biomédecine  Numéro de dossier : |  |
|  |  |

### Appels d’offres Recherche 2025

### Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie

**LETTRE D’INTENTION - Projet de recherche**

|  |
| --- |
| **Nom, prénom et email du coordinateur** |
|  |

|  |
| --- |
| **Titre du projet** *(maximum 120 caractères)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Résumé du projet -** *(maximum 3000 caractères)* (objectifs, résultats attendus) |
|  |

|  |
| --- |
| **Descriptif du projet** |
| Objectifs et contexte : *(1 page maximum, simple interligne)* *Indiquer de façon claire, l’objectif principal du projet*  **Description du projet et résultats attendus :** *(1 à 3 pages maximum simple interligne)* Mise en valeur du réseau *(10 lignes maximum, simple interligne)*Calendrier prévisionnel |

|  |  |
| --- | --- |
| Ce projet doit-il être soumis à un CPP ?  Si oui, identification du promoteur pressenti : | oui  non |
| Ce projet implique t-il le croisement avec d'autres fichiers ?  Si oui, prévoir d’identifier les variables requises pour la fusion des enregistrements | oui  non |
| Ce projet implique-t-il le traitement informatisé de données nominatives ?  Si oui, prévoir de préparer un dossier à soumettre au Health Data Hub | oui  non |
| Ce projet implique-t-il la constitution d’un échantillon représentatif ?  Si oui, prévoir de spécifier la méthode d’échantillonnage | oui  non |
| Ce projet nécessite-t-il un recueil d’informations complémentaires par rapport aux données du registre REIN ?  si oui, prévoir l’accord des centres investigateurs et/ou des régions impliquées | oui  non |
| Ce projet s’appuie-t-il sur des données régionales existantes dans le registre ?  Si oui, prévoir de fournir l’accord du GPIL régional | oui  non |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Organisation pressentie de l’étude** | | | | |
| **Rôle** | **Nom** | **Prénom** | **Laboratoire (nom complet)** | **Type (établissement public, fondation, association, entreprise)** |
| Coordinateur |  |  |  |  |
| Partenaire 1 |  |  |  |  |
| Partenaire 2 |  |  |  |  |
| Partenaire 3 |  |  |  |  |
| Partenaire 4 |  |  |  |  |
| **Durée du projet :** | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Budget estimé de l’étude** | | | |
| **Estimation du montant total de l’aide demandée en euros :** | | …….€ | |
| **Détail des charges :**  Fonctionnement :  Frais de personnel :  Missions  Prestations de services :  … | |  | |
| **Estimation du budget total du projet :** | | | |
| Citer les financements complémentaires accordés ou demandés **(préciser)** concourant à la réalisation de ce projet : origine et montant des subventions (Etat, établissement public, collectivité territoriale, fonds européens, autres) | | | |
|  | **€ HT** | | **€ TTC** |
| * Agence de la biomédecine (demandé)   - |  | |  |
| TOTAL |  | |  |