**ATTESTATION DE DEPOT D’UN PROJET – ENGAGEMENT DES PORTEURS DE PROJET**

**Appel à projets concerné** : Données-2024

**Titre du projet** : *à compléter*

**Acronyme**: *à compléter* **Numéro de projet**: *à compléter*

**Porteur du projet / investigateur coordonnateur** [NOM+Prénom] :

**Structure coordonnatrice du projet et également gestionnaire des fonds** [NOM+ville] :

Les porteurs de projets tels que définis par la note d’information relative aux programmes de recherche sur les soins et l’offre de soins s’engagent à respecter les conditions définies par la note d’information pour le portage et la réalisation du projet si celui-ci est retenu pour être financé par la DGOS\*.

**Date, NOM, Prénom, signature et cachet :** *obligatoires*

|  |  |
| --- | --- |
| **Porteur de projet / Investigateur coordonnateur** | **Coordonnateur de l’activité des CDC** |
|  |  |
| **Responsable légal de la structure coordonnatrice et gestionnaire des fonds** | **Responsable légal de la structure de rattachement du porteur de projet si différent de la structure coordonnatrice et gestionnaire des fonds** |
|  |  |