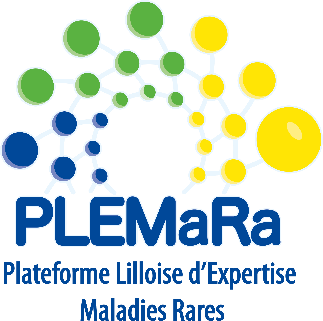
**APPEL A PROJETS 2023**

**PLEMaRa**

DOSSIER DE CANDIDATURE



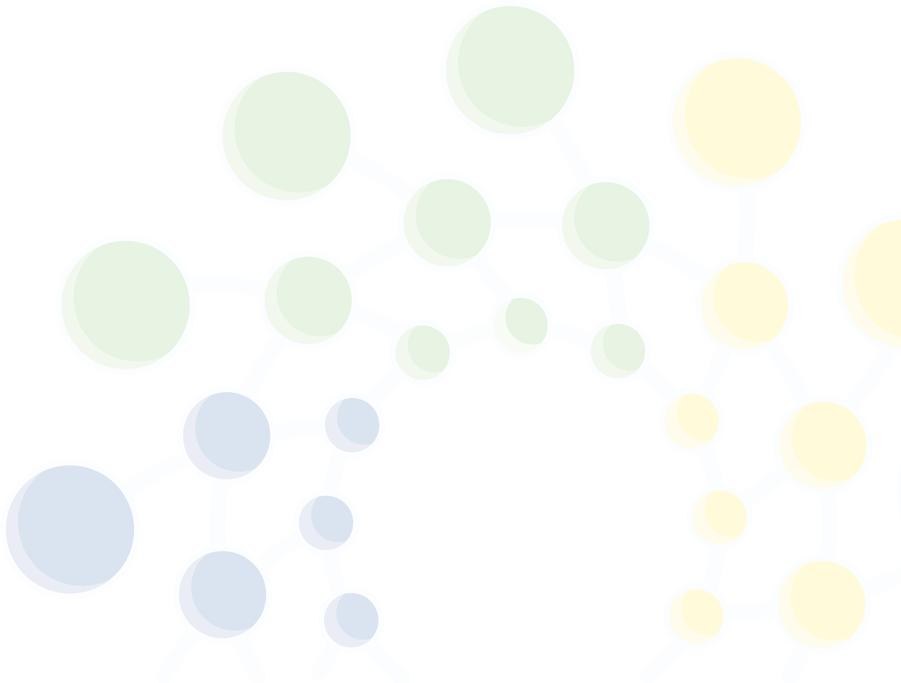
REGLEMENT

**La PLateforme d’Expertise Maladies Rares (PLEMaRa), basée au CHU de Lille, publie son appel à projets (AAP) à destination des Centres de Compétence de la Région des Hauts-de-France.**

Cet AAP est rendu possible grâce à un don du cabinet FRANCONSEIL.

La version électronique ou PDF de ce dossier dûment complétée doit être adressée par mail à Madame **Eva PIRES**, en charge des affaires générales de la transversalité maladies rares du CHU de Lille : **plemara@chu﻿-lille.fr**, au plus tard le 15 novembre 2024 à minuit. Un email de confirmation vous sera adressé après réception du dossier.

**Les lauréats seront contactés via l’email fourni dans le dossier de candidature pour l’annonce des résultats au plus tard le 10 décembre 2024.**

**Cet AAP a pour objet de soutenir l’amélioration de l’accueil, le développement d’outils d’information et/ou d’éducation à destination des patients et de leurs proches.**

PLEMaRa a en effet parmi ses missions :

* L’accompagnement et l'orientation des patients
* L'amélioration de la visibilité des centres labellisés maladies rares

**Il est projeté de soutenir jusqu’à 8 projets (l’enveloppe financière globale est de 8000 euros pour cette édition).**

**Ce dossier comprend 3 parties :**

1.Partie administrative

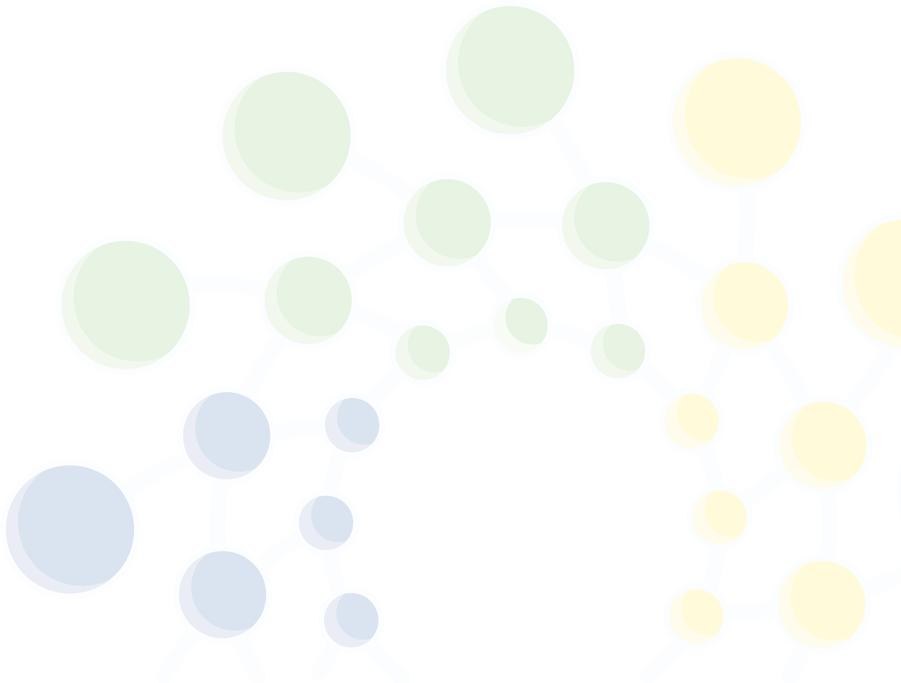
2.Partie scientifique financement sera à hauteur maximum de 2000 euros par projet, à l’appréciation du jury.

3.Partie financière

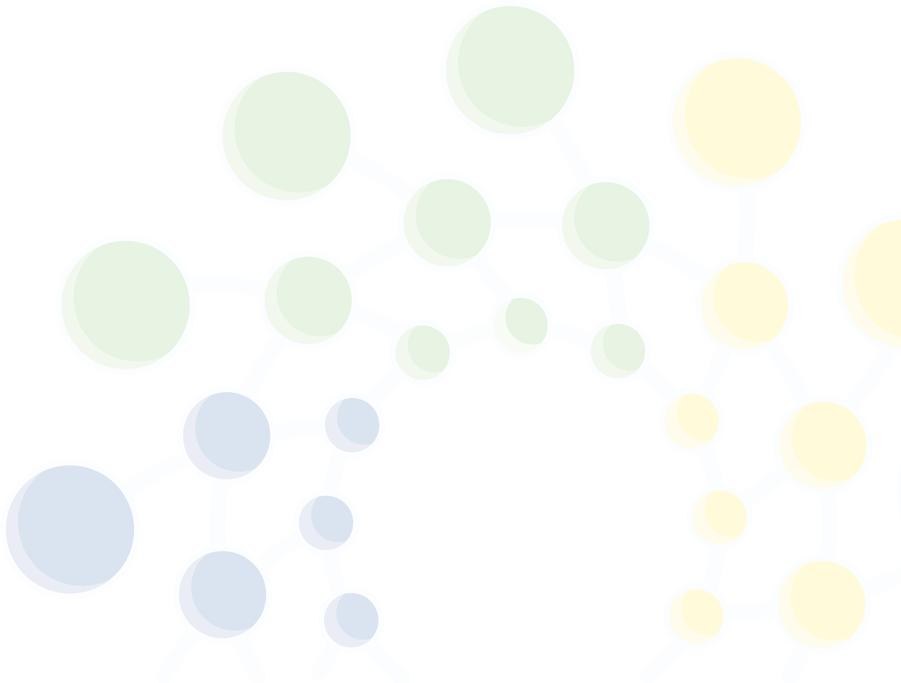
1. **DOSSIER ADMINISTRATIF**

* **IDENTIFICATION DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |
| **Objectif principal du projet** |  |
| **Durée du projet en mois**  **(12 mois maximum)** |  |
| **Coût total du projet TTC** |  |
| **Budget demandé à PLEMaRa (dans la limite maximale de 2000 €)** |  |

* **PORTEUR DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Email** |  |
| **Centre de Compétence** |  |
| **Filière** |  |
| **Etablissement** |  |
| **Adresse de correspondance** |  |
| **Téléphone** |  |

* **Partenaires (si projet collaboratif)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liste des partenaires** | | | |
| **N°** | **NOM Prénom  (du référent au titre du projet)** | **Email** | * **Service** * **Centre maladies rares** * **Etablissement** * **Associations de patients** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **DOSSIER DESCRIPTIF DU PROJET**

* **DESCRIPTION DU PROJET**

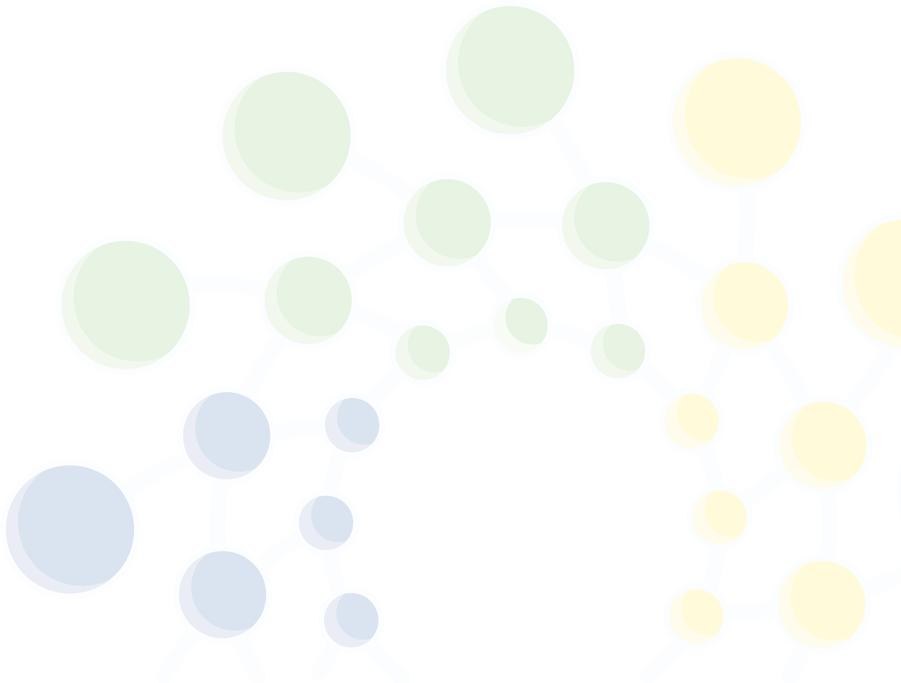
|  |
| --- |
| **Contexte et objectifs (maximum 1 page)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Résultats attendus et perspectives** |
| **Texte libre :** |
| **Attendus pour les patients :** |
| **Possibilité de médiatisation via les réseaux sociaux ou presse :**  Oui  Non |

1. **DOSSIER FINANCIER**

### Budget de fonctionnement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de dépenses prestation (achat petit matériel, impressions…)** | **Coût unitaire TTC** | **Quantités** | **Coût total TTC** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total € TTC demandé :** | **€** | |  |

**La deadline de réception des devis et factures est fixée au 31 mars de l’année suivante, après cette date, PLEMaRa ne prendra plus en charge les dépenses liées au projet.**