

****

Fondation abritée par la Fondation de France

Numéro de dossier

*Cadre réservé à la FRPH*

**APPEL A PROJET FRPH/SYNPREFH 2021**

**« Pharmacie hospitalière : Innovons ! »**

**FICHE FINANCIERE**

Titre du projet *(maxi 120 caractères)*

*M.*  *Mme*  *Nom :*       *Prénom :*

*Fonction :*

*Institution :*

*Téléphone : Adresse courriel :*

Coordonnateur du projet

Montant de la subvention demandée

      € TTC

*Frais de fonctionnement*

-             € TTC

-             € TTC

-             € TTC

*Frais de personnels*

- Personnel médical :             € TTC

- Personnel non médical :             € TTC

- Frais de missions :             € TTC

*Prestations de service / Autres*

-             € TTC

-             € TTC

-             € TTC

*Frais de gestion (ils ne devraient pas dépasser 5 % du montant versé par la Fondation)*       € TTC

Destination de la subvention demandée

      € TTC

Budget total du projet

Citer les financements complémentaires accordés ou demandés (préciser) concourant à la réalisation de ce projet

-             € TTC

-             € TTC

-             € TTC

*Origine et montant des subventions*

*Préciser s’il existe une mise à disposition de biens et services*

*Préciser s’il existe d’autres ressources (salaires des personnels fonctionnaires d'état, hospitaliers ou territoriaux)*

*Si la durée du projet est supérieure à 1 an, préciser l’échéancier (date et pourcentage) demandé pour le versement des sommes attribuées par la Fondation.*

Date et Signature du coordonnateur