**ATTESTATION DE DEPOT D’UN PROJET**

**ENGAGEMENT DES PORTEURS DE PROJET**

**Ce document dûment complété et signé est à déposer au moment du dépôt du dossier complet sur le site internet du GIRCI Méditerranée**

**Appel à projet :** *à compléter*

**Titre du projet** : *à compléter*

**Acronyme**: *à compléter*

**Porteur du projet** [NOM+Prénom] :

**Etablissement de santé (ES) ou Groupement de coopération sanitaire (GCS) ou Maison de santé ou Centre de santé coordonnateur du porteur du projet** [NOM+ville+FINESS juridique] :

**Etablissement de santé (ES) ou Groupement de coopération sanitaire (GCS) ou Maison de santé ou Centre de santé coordonnateur gestionnaire des fonds, si différent** [NOM+ville+FINESS juridique] :

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Investigateur coordonnateur** | **Méthodologiste du projet** |
| **Responsable de la structure du porteur du projet** (DRCI/DRS/pole recherche si applicable) | **Responsable de la structure gestionnaire des fonds** (si différente) |