|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Réservé à l’Agence de la biomédecineNuméro de dossier : |  |
|  |  |

### Appels d’offres recherche REIN 2025

###  [ ]  Projet de recherche [ ]  Soutien méthodologique

**(3) FICHE FINANCIERE**

L’évaluation tient compte des aspects financiers assurant la faisabilité du projet et de la cohérence de la fiche financière.

|  |
| --- |
| **TITRE DU PROJET :** |
| Montant de la subvention demandée |  € TTC |
| Nom et prénom du coordinateur : |
| Nom du responsable administratif du service/laboratoire :  |
| **A/ Destination de la subvention demandée :**  |
| **Détail des charges :** | **€ HT** | **€ TTC** |
| * Frais de fonctionnement :
	+ Achat de matériel (**détail**) :
	+ Autres consommables (**détail**) :
* Investissements si nécessaire (**détail**)
 |  |  |
| * Frais de personnel (non-permanent, vacations)**\***
	+ Médical (**préciser le nombre de personne.mois ou équivalent temps plein**) :
	+ Non médical (**préciser le nombre de personne.mois équivalent temps plein**) :
* Missions (frais de déplacement et de séjour) :
 |  |  |
| * Prestations de service :
	+ Locations :
	+ Frais de documentation :
	+ Sous-traitance, travaux d’études :
* Frais de gestion  **(Limités à 4%):**
 |  |  |
| * Autres :
 |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

**\***Indiquer les salaires chargés

|  |
| --- |
| **B/ 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 |  |  |

- Préciser s’il existe une mise à disposition gratuite de biens et services :

- Ressources globales de chacune des équipes participantes pour 2024-2025 :