|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Réservé à l’Agence de la biomédecine  Numéro 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 :