**ATTESTATION DE DEPOT D’UN PROJET – ENGAGEMENT DES PORTEURS DE PROJET**

**Appel à projets concerné** : PHRCi 2024

**Titre du projet** : *à compléter*

**Acronyme**: *à compléter* **Numéro de projet**: *à compléter*

**Porteur du projet / investigateur coordonnateur** [NOM+Prénom] :

**Etablissement de santé (ES) ou Groupement de coopération sanitaire (GCS) ou Maison de santé ou Centre de santé, coordonnateur du projet et également gestionnaire des fonds** [NOM+ville] :

Les porteurs de projets tels que définis par la note d’information relative aux programmes de recherche sur les soins et l’offre de soins s’engagent à respecter les conditions définies par la note d’information pour le portage et la réalisation du projet si celui-ci est retenu pour être financé par la DGOS\*.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Porteur de projet / Investigateur coordonnateur** | **Méthodologiste** |
|  |  |
| **Responsable légal de l’ES ou du GCS ou de la Maison de santé ou du Centre de santé, coordonnateur et gestionnaire des fonds** | **Responsable légal de l’ES ou du GCS ou de la Maison de santé ou du Centre de santé de rattachement du porteur de projet si différent de l’ES ou du GCS ou de la Maison de santé ou du Centre de santé, coordonnateur** |
|  |  |