

**APPEL À PROJETS 2023**

**études de pharmaco-épidémiologie**

**DOCUMENT ADMINISTRATIF**

**Dates de clôture** : L’ensemble des documents signés doit être transmis par voie électronique avant le 1er juin 2023 à 12h00.

**Contact** : M. François Cuenot

francois.cuenot@ansm.sante.fr

01 55 87 43 35

www.epi-phare.fr

avril 2023

[1 Identification de l’étude 3](#_Toc64283333)

[2 Coordonnateur 3](#_Toc64283334)

[3 Organisme bénéficiaire de la subvention 4](#_Toc64283335)

[4 Partenaires (si projet collaboratif) 4](#_Toc64283336)

[4.1 Partenaire n°1 4](#_Toc64283337)

[4.2 Partenaire n° 2 5](#_Toc64283338)

[5 Autorisations réglementaire et/ou éthiques 5](#_Toc64283339)

[6 Financement du projet 5](#_Toc64283340)

[7 Indépendance des unités vis-à-vis de l’industrie 6](#_Toc64283341)

[7.1 Unité du coordonnateur 6](#_Toc64283342)

[7.2 Unité du partenaire n°1 6](#_Toc64283343)

[7.3 Unité du partenaire n° 2 6](#_Toc64283344)

[7.4 … 6](#_Toc64283345)

[8 Engagement du coordonnateur 7](#_Toc64283346)

[9 Engagement des responsables scientifiques des unités partenaires (projet collaboratif) 8](#_Toc64283347)

[10 Visa obligatoire du directeur de l’unité de rattachement du coordonnateur 9](#_Toc64283348)

[11 Visa obligatoire du représentant légal de l’organisme bénéficiaire 9](#_Toc64283349)

Mettre à jour la table des matières avant de soumettre le document (clic droit => mettre à jours les champs => mettre à jour toute la table)

# Identification de l’étude

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre de l’étude** |  |
| Acronyme |  |
| mots clés en Français (5) |  |
| durée du projet en mois  (30 mois maximum) |  |
| coût total du projet (en €) |  |
| subvention demandée (en €) |  |

# Coordonnateur

|  |  |
| --- | --- |
| **Civilité** | M.  Mme |
| NOM Prénom |  |
| Fonction |  |
| Adresse de correspondance |  |
| Organisme d’appartenance du coordonnateur |  |
| Type d’organisme (public, privé, fondation, EPST, EPIC…) |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |
| N° RPPS (si applicable) |  |

# Organisme bénéficiaire de la subvention

*Rappel : l’organisme bénéficiaire est l’organisme de rattachement de l’unité du coordonnateur du projet, bénéficiaire de la subvention et signataire de la convention attributive d’aide.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Organisme bénéficiaire** | |  | | |
| Type d’organisme (public, privé, fondation, EPST, EPIC…) | |  | | |
| N° SIRET | |  | | |
| Code APE | |  | | |
| NOM Prénom du représentant légal | |  | | |
| Titre du représentant légal (directeur général, président d’université, délégué régional…) | |  | | |
| Téléphone | |  | | |
| Courriel | |  | | |
| Adresse postale | |  | | |
| Nom de banque | Code banque | Code guichet | N° de compte | Clé |
|  |  |  |  |  |
| IBAN | | | CODE BIC | |
|  | | |  | |
|  | | | | |
| NOM Prénom d’un contact administratif au sein de l’organisme bénéficiaire | |  | | |
| Téléphone | |  | | |
| Courriel | |  | | |

# Partenaires (si projet collaboratif)

*Remarque : insérer autant de sous-paragraphes que nécessaire. On entend par unités partenaires des unités administrativement indépendantes de l’unité de rattachement du coordonnateur.*

## Partenaire n°1

|  |  |
| --- | --- |
| **Partenaire n°1** |  |
| Civilité du responsable | M.  Mme |
| NOM Prénom du responsable |  |
| Organisme de rattachement de l’unité |  |
| Type d’organisme (public/privé, fondation, EPST, EPIC…) |  |
| Adresse de correspondance |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |
| N° RPPS (si applicable) |  |

## Partenaire n° 2

|  |  |
| --- | --- |
| **Partenaire n°2** |  |
| Civilité du responsable | M.  Mme |
| NOM Prénom du responsable |  |
| Organisme de rattachement de l’unité |  |
| Type d’organisme (public/privé, fondation, EPST, EPIC…) |  |
| Adresse de correspondance |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |
| N° RPPS (si applicable) |  |

# Autorisations réglementaire et/ou éthiques

Des autorisations réglementaires et/ou éthiques sont-elles nécessaires pour la réalisation du projet ?

**oui**  **non**

Si oui, indiquez lesquelles :

# Financement du projet

Ce projet a-t-il déjà été soumis à un autre organisme pour cofinancement  (ex : ANR, PHRC, financement privé…) ?

**oui**  **non**

si oui, le(s)quel(s) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organisme de financement** | **Type d’organisme et cadre du financement (public, privé, AAP, subvention etc.)** | **Budget demandé (€)** | **État** |
|  |  |  | obtenu  non obtenu  en cours d’évaluation |
|  |  |  | obtenu  non obtenu  en cours d’évaluation |

Le démarrage du projet déposé est-il conditionné à l’obtention d’un financement autre que celui proposé par EPI‑PHARE ?  **oui**  **non**

Si oui, précisez :

# Indépendance des unités vis-à-vis de l’industrie

*Pour toutes les* ***unités impliquées dans le projet****, il conviendra d’indiquer dans le tableau ci-dessous l’ensemble des subventions reçues ou partenariats signés avec des structures à but lucratif développant, produisant, commercialisant ou exploitant des produits mentionnés à l’article L. 5311-1, actuellement et au cours des 5 dernières années.*

## Unité du coordonnateur

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de signature de la convention** | **Entreprise** | **Montant (€)** | **Objet**  **(préciser le nom du médicament/dispositif médical)** | **État** |
|  |  |  |  | en cours  terminé |
|  |  |  |  | en cours  terminé |

## Unité du partenaire n°1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de signature de la convention** | **Entreprise** | **Montant (€)** | **Objet**  **(préciser le nom du médicament/dispositif médical)** | **État** |
|  |  |  |  | en cours  terminé |
|  |  |  |  | en cours  terminé |

## Unité du partenaire n° 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de signature de la convention** | **Entreprise** | **Montant (€)** | **Objet**  **(préciser le nom du médicament/dispositif médical)** | **État** |
|  |  |  |  | en cours  terminé |
|  |  |  |  | en cours  terminé |

## …

*Remarque : insérer autant de sous-paragraphes que nécessaire*

# Engagement du coordonnateur

Dans le but de garantir le bon déroulement du projet, il est indispensable que le coordonnateur consacre le temps nécessaire au suivi des différents travaux réalisés dans le cadre du projet, à la communication entre les partenaires (si applicable) et à la production des rapports et documents qui seront à adresser à l’ANSM.

Si ce projet est sélectionné, je m’engage à :

* accepter la publication sur le site de l’Agence de l’identité du coordinateur, de l'intitulé du laboratoire ou du service, du titre et résumé du projet et du montant de la subvention accordée ;
* fournir dans les délais les rapports d’avancement du projet, et le rapport final du projet financé par l’Agence ainsi que le bilan financier certifié par les services comptables de l’établissement gestionnaire des crédits ;
* faire mention dans toute publication ou communication que le travail a bénéficié d’un financement de l’ANSM.

*Je certifie que cette version est identique à celle transmise par voie électronique et que ma rémunération est assurée pour la durée du projet déposé.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Date** | **Signature** |
|  |  |  |  |

# Engagement des responsables scientifiques des unités partenaires (projet collaboratif)

*En accord avec les tableaux de la section 4, il est attendu ici la signature de l’ensemble des responsables scientifique et technique des unités partenaires, qui s’engagent en signant cette section à conduire le projet tel que décrit dans le dossier scientifique.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Partenaire** | **NOM** | **Prénom** | **Date et signature** |
| Partenaire n° 1 |  |  | *Je certifie que cette version est identique à celle transmise par voie électronique.* |
| Partenaire n° 2 |  |  | *Je certifie que cette version est identique à celle transmise par voie électronique.* |
| … |  |  | *Je certifie que cette version est identique à celle transmise par voie électronique.* |

# Visa obligatoire du directeur de l’unité de rattachement du coordonnateur

Visa obligatoire du directeur de l’unité de rattachement du coordonnateur.

*Je certifie que cette version est identique à celle transmise par voie électronique et que la rémunération du coordonnateur est assurée pour la durée du projet déposé.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Date** | **Signature et cachet** |
|  |  |  |  |

# Visa obligatoire du représentant légal de l’organisme bénéficiaire

Visa obligatoire du représentant légal de l’établissement de rattachement administratif du coordonnateur tel que désigné en section 3.

*Je certifie que cette version est identique à celle transmise par voie électronique.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Date** | **Signature et cachet** |
|  |  |  |  |