

## AAP STRUCTURANT 2024 DU CANCÉROPÔLE IDF

# Lettre d'intention AAP Structurant 2024

Le dossier doit IMPÉRATIVEMENT être transmis via le **Formulaire en ligne uniquement**.

Vous pouvez saisir le formulaire en plusieurs fois : cliquez haut de page sur "Sauver et continuer plus tard" et renseignez votre adresse mail. Les données de la page en cours ne sont pas incluses dans la sauvegarde. Une fois le formulaire en ligne validé, vous recevrez un mail de confirmation ainsi que la version PDF de votre dossier de réponse.

Nom du projet\* : \_\_\_\_\_

### I. IDENTIFICATION

Nom et prénom du coordonnateur de projet\*:

Mail du coordonnateur de projet\*:

Nom de l'équipement(s)\*:

#### Description succincte de l'équipement\*

Institution du coordonnateur de projet\*:

Institution(s) qui sera(ont) propriétaire de l'équipement(s)\*:

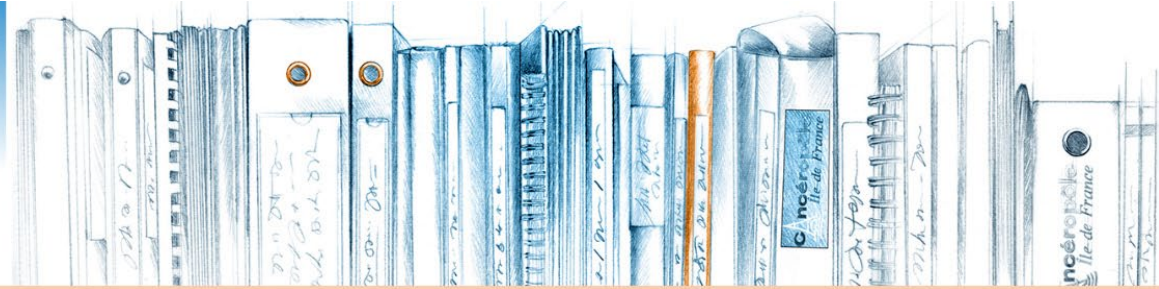
Adresse précise de localisation de l'équipement (équipe et adresse postale) : si logiciels identiques à plusieurs institutions, précisez chaque localisation\*:

**Listez les partenaires principaux du projet en précisant le nom du responsable scientifique, son équipe et son institution et en indiquant s'il participe au financement. \***

- Pour les Sirics franciliens, indiquez le nom du Siric dans la colonne "Institution"

- Ne pas indiquer dans la liste des partenaires le coordonnateur du projet.

	Nom et prénom du responsable scientifique	Nom de l'équipe	Institution	Montant de la participation au financement de l'équipement
Partenaire 1				
... (jusque 5)				



## AAP STRUCTURANT 2024 DU CANCÉROPÔLE IDF

Liste des autres partenaires éventuels (ne participant pas au co-financement de l'équipement)

### II. DESCRIPTION DE L'UTILISATION DE L'ÉQUIPEMENT

Description des projets utilisant l'appareil par les équipes impliquées dans chaque projet

*3000 mots maximum, en français. Aucune illustration n'est demandée pour la lettre d'intention.\**

Date prévisionnelle d'achat de l'équipement\*

Date prévisionnelle de mise en service de l'équipement\*

### III. PLAN DE FINANCEMENT\*

Coût total de l'équipement HT: \_\_\_\_\_

Si le montant inclut-il la maintenance, préciser le nombre de mois (limité à 24 mois): \_\_\_\_\_

Montant acquis du Partenaire 1: \_\_\_\_\_

Montant acquis du Partenaire 2: \_\_\_\_\_

Montant acquis du Partenaire 3: \_\_\_\_\_

Montant acquis du Partenaire 4: \_\_\_\_\_

Montant acquis du Partenaire 5: \_\_\_\_\_

Montant demandé au Cancéropôle Île-de-France: \_\_\_\_\_