

LETTRE D'INTENTION

Appel à initiatives Démocratie en santé 2022

Titre du projet :

Nom du porteur :

PARTIE A : Informations Générales

Nom et prénom du référent (porteur du projet)	
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	
Adresse électronique	
Téléphone	
SIRET	
IBAN (RIB à joindre)	
Type de porteur	<input type="checkbox"/> Association de malades et d'usagers du système de santé agréées <input type="checkbox"/> à agrément national <input type="checkbox"/> à agrément régional <input type="checkbox"/> Association de patients pouvant prétendre à l'agrément régional et s'engageant dans une telle démarche <input type="checkbox"/> Collectivité territoriale des Hauts-de-France, activement impliquée dans un dispositif de santé <input type="checkbox"/> Etablissement de santé <input type="checkbox"/> Etablissement ou service médico-social <input type="checkbox"/> Structure de prévention ou d'offres de soins de proximité <input type="checkbox"/> Autre :

Type de projet	<input type="checkbox"/> régional ou supra territorial (au moins deux territoires de démocratie sanitaire) <input type="checkbox"/> territorial
Finalité du projet	
Outil(s) permettant l'expression des attentes et besoins en santé utilisé(s) pour le projet	
Critères de suivi et d'évaluation du projet	

PARTIE B : Budget

Budget prévisionnel global du projet (€)	
Dont montant de subvention demandé (€) dans le cadre de cet appel à initiatives	
Type de dépenses que cette subvention couvrirait	

Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant (€)	Statut de la demande (acquise, en cours)

PARTIE C : Résumé du projet (1 page maximum)

(Une page maximum structurée de la façon suivante : contexte, objectifs, méthodes, partenaires, prestataires, calendrier et perspectives)