

XII. FORMULAIRE

**Formulaire de demande d'aide à l'investissement
Maison de Santé Pluridisciplinaire Privée**

1. IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET

- **Nom – dénomination :**
- **Statut juridique :**

Adresse du siège social :

Code postal : Commune :

N° de SIRET :

Adresse de gestion ou de correspondance (si différente) :

Code postal : Commune :

- **Représentant légal (personne désignée par les statuts) ou identification de la personne chargée de la présente demande de subvention :**

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

2. DESCRIPTION DU PROJET

(Présence de 2 médecins généralistes et de 1 professionnel paramédical, projet de santé validé par l'ARS, etc...)

- LOCALISATION DU PROJET (adresse précise) :

- Coût total du projet : Euros TTC.
- Plan de financements (montant et acteurs sollicités) :

Financeurs sollicités	Montants sollicités
Département de l'Ardèche	
Région	
Autres :	
Autofinancement	
Dont emprunt	
TOTAL	

Liste des pièces à fournir :

- Projet de Santé validé (=labélisé) par l'ARS,
- Statuts juridiques du porteur de projet,
- Extrait d'immatriculation au registre du commerce et des sociétés,
- Avis de situation SIRENE avec N° de SIRET,
- RIB du porteur de projet,
- Plans de la construction / extension / réhabilitation,
- Accord du permis de construire,
- Plan de financement du projet,
- Devis du Maître d'œuvre par poste de dépenses,
- Planning prévisionnel de l'opération,
- Courriers d'engagement des praticiens,
- Convention concernant l'Aide de la Région.

Fait à..... Le/...../.....

Signature du représentant légal :