 

Fondation abritée par la Fondation de France

Numéro de dossier

*Cadre réservé à la FRIPH*

**APPEL A PROJET FRIPH/Fondation PFIZER**

**Le pharmacien hospitalier acteur de la prévention en santé**

**FICHE FINANCIERE**

*M.*  *Mme*  *Nom :*       *Prénom :*

*Fonction :*

*Institution :*

*Téléphone : Adresse courriel :*

**Candidat**

**Montant de la subvention demandée**

      € TTC

**Destination de la subvention demandée**

*Frais de fonctionnement*

-             € TTC

-             € TTC

-             € TTC

*Frais de personnels*

- Personnel médical :             € TTC

- Personnel non médical :             € TTC

- Frais de missions :             € TTC

*Prestations de service / Autres*

-             € TTC

-             € TTC

-             € TTC

*Frais de gestion (ils ne devraient pas dépasser 5 % du montant versé par la Fondation)*       € TTC

      € TTC

**Budget total du projet**

**Citer les financements complémentaires accordés ou demandés (préciser) concourant à la réalisation de ce projet**

-             € TTC

-             € TTC

-             € TTC

*Origine et montant des subventions*

Date et Signature du candidat