

**DEMANDEUR :**

Nom de l'association : .....

Adresse du lieu d'exercice :

.....  
.....

Téléphone : ..... Mail : .....

**Représentant de l'association :**

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

**OBJET ET MONTANT DE LA DEMANDE (COCHER LA CASE ET COMPLETER LE MONTANT)**

	Montant demandé
<b>Axe 1 : Soutenir les projets portés par les acteurs de santé du territoire</b>	
<input type="checkbox"/> Aide financière à l'installation des PS en exercice coordonné et regroupé sur le territoire	<i>Non concerné</i>
<input type="checkbox"/> Aide pour la dématérialisation des dossiers patients papiers	<i>Non concerné</i>
<input type="checkbox"/> Aide au financement de l'intervention d'un prestataire pour le choix d'un logiciel	
<input type="checkbox"/> Aide au financement de l'équipement (formation, achat licence)	<i>Non concerné</i>
<b>Axe 2 : Favoriser l'installation de nouveaux professionnels sur le territoire</b>	
<input type="checkbox"/> Financement d'une session de formation à la maîtrise de stage	<i>Non concerné</i>
<input type="checkbox"/> Participation aux frais engagés pour l'aménagement d'un deuxième poste de travail servant à accueillir un étudiant en stage	<i>Non concerné</i>
<b>Axe 3 : Permettre la mise en œuvre d'un projet de santé global à l'échelle du territoire</b>	
<input type="checkbox"/> Financement forfaitaire à la formalisation du projet de santé	
<b>Montant total demandé</b>	

Préciser en quelques lignes le contexte de votre demande, ses objectifs, le calendrier

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PIECES JUSTIFICATIVES**

Pour toute demande d'aide à l'installation, vous devrez joindre les pièces suivantes :

	Pièces justificatives demandées
<b>Axe 1 : Soutenir les projets portés par les acteurs de santé du territoire</b>	
Aide financière à l'installation des PS en exercice coordonné et regroupé sur le territoire	<i>Non concerné</i>
Aide pour la dématérialisation des dossiers patients papiers	<i>Non concerné</i>
Aide au financement de l'intervention d'un prestataire pour le choix d'un logiciel	<input type="checkbox"/> Choix pour une solution logicielle et un système d'information labellisé ASIP santé <input type="checkbox"/> Présentation du devis et paiement forfaitaire sur présentation de la facture acquittée
Aide au financement de l'équipement (formation, achat licence)	<i>Non concerné</i>
<b>Axe 2 : Favoriser l'installation de nouveaux professionnels sur le territoire</b>	
Financement d'une session de formation à la maîtrise de stage	<i>Non concerné</i>
Participation aux frais engagés pour l'aménagement d'un deuxième poste de travail servant à accueillir un étudiant en stage	<i>Non concerné</i>
<b>Axe 3 : Permettre la mise en œuvre d'un projet de santé global à l'échelle du territoire</b>	
Financement forfaitaire à la formalisation du projet de santé	<input type="checkbox"/> Réalisation d'au moins trois réunions <input type="checkbox"/> Fourniture d'une feuille d'émergence et des éventuels livrables

Fait à : .....

le .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :