

**SOUTIEN AU MAINTIEN ET AU DEVELOPPEMENT DE L’OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE MAD & MOSELLE**

**Dossier de demande de subvention**

**NOM, Prénom :**

**Profession :**

**Adresse du cabinet :**

**N° SIRET :**

**Contact :**

Coordonnées téléphoniques :

Courriel :

**Votre demande concerne (merci de cocher) :**

* Une aide à l’installation

 1ere installation

 Déménagement (commune de votre cabinet actuel : …………………………………………….)

* Une aide à la modernisation

 Date d’installation :

***Pièces à joindre :***

* **Devis**
* **RIB**

**VOTRE PROJET**

Description synthétique (motivation, contexte, description des travaux…)

Date(s) ou période de réalisation :

**BUDGET PREVISIONNEL DU PROJET**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CHARGES** | |
|  | **Montant €HT** | **Montant €TTC** |
| - Acquisition immobilière |  |  |
| Travaux :  -  -  -  -  -  -  - |  |  |
| * Acquisition mobilière |  |  |
| * Acquisition matériel informatique |  |  |
| Autres dépenses : |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

Je, soussigné(e), …………………………………………………………………………………………, exerçant en tant que………………………………………., certifie exacts ces renseignements,

Date :

Signature :