

Appel à projets 2014

**IMMI / INSERM**

**Avec le soutien d’AstraZeneca**

**Formulaire administratif**

|  |
| --- |
| ***Information administratives et financières / Administrative and Financial information*** |
| **Equipe n°1**  |
| Nom du Coordonnateur du projet  |  |
| Prénom du Coordonnateur du projet  |  |
| Civilité Mme/Mr (préciser si Dr ou Pr)  |  |
|  Statut/Grade  |  |
| Structure administrative de rattachement (employeur)   |  |
| **Adresse complète du laboratoire**  |
| Nom complet du laboratoire de recherche  |  |
| Numéro / code (si applicable) / Number  |  |
| Numéro & nom de rue  |  |
| Code Postal  |  |
| Ville / City |  |
| Cedex |  |
| Mail |  |
| Téléphone  |  |
| Fax : |  |
| Nom du directeur du laboratoire  |  |
| Nom du responsable d’équipe: |  |
| Prénom du responsable d’équipe  |  |
| **Organisme gestionnaire des crédits du laboratoire**  |
| Statut juridique   |  |
| Nom complet de l'organisme gestionnaire (et préciser la Délégation ou site en charge de la gestion)  |  |
| Nom et prénom du Représentant légal  |  |
| Titre du Représentant légal  |  |
| Adresse de l’organisme gestionnaire :Numéro & nom de rueCode postal – ville – cedex: |  |
| Téléphone :Fax : |  |
| Numéro de SIRET  |  |
| Comptable public (oui/non) |  |
| Personne chargée du suivi administratif - nom & prénom   |  |
| Position:  |  |
| Mail |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| **Equipe n° 2**  |
| **Nom du responsable du projet**  |  |
| **Prénom du responsable du projet** |  |
| Civilité Mme/Mr (préciser si Dr ou Pr)  |  |
|  Statut/Grade  |  |
| Structure administrative de rattachement (employeur)   |  |
| **Adresse complète du laboratoire**  |
| Nom complet du laboratoire de recherche  |  |
| Numéro / code (si applicable)  |  |
| Numéro & nom de rue  |  |
| Code Postal  |  |
| Ville / City |  |
| Cedex |  |
| Mail |  |
| Téléphone  |  |
| Fax : |  |
| **Organisme gestionnaire des crédits du laboratoire**  |
| Statut juridique   |  |
| Nom complet de l'organisme gestionnaire (et préciser la Délégation ou site en charge de la gestion)  |  |
| Nom et prénom du Représentant légal  |  |
| Titre du Représentant légal  |  |
| Adresse de l’organisme gestionnaire :Numéro & nom de rueCode postal – ville – cedex / Address of the management body: |  |
| Téléphone :Fax : |  |
| Numéro de SIRET  |  |
| Comptable public (oui/non)  |  |
| Personne chargée du suivi administratif - nom & prénom   |  |
| Position: |  |
| Mail |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |