

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 rue  Code 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 rue  Code 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 |  |