**

**APPEL A PROJETS 2019**

*Proposé par la Filière Nationale de Santé ORKiD*

La Filière ORKiD propose à tous ses acteurs (médecins, paramédicaux, chercheurs, …) un appel à projets qui concerne le **:**

**Soutien à 4 projets de** **recherche clinique** **dans le domaine des maladies rénales rares**

Après analyse par le Conseil scientifique de la filière ORKiD, les **4 projets** **retenus** se verront attribuer un **financement maximal de 10 000€ TTC**.

Ce financement ne pourra se faire que sur paiement de facture et ne pourra pas servir au financement de personnel.

Le dossier dûment complété est à envoyer **avant le 31 mars 2019 à minuit :**

* **De préférence** par email à l’adresse **contact@filiereorkid.com**
* Ou, par voie postale, cachet de la poste faisant foi, à l’adresse :
Filière ORKiD, Appel à Projets - Hôpital Arnaud de Villeneuve,
Boîte 43 - CHU de Montpellier - 371 Avenue du Doyen Gaston
Giraud - 34 295 Montpellier Cedex 5

Un email de confirmation vous sera adressé après réception du dossier.

Le résultat de cet appel à projets est prévu pour le **15 mai 2019**, après étude des dossiers par les experts de la Filière.

**Conditions :** Le porteur principal du projet, s’il est médecin, doit être âgé de moins de 45 ans.

**Ce dossier comprend 3 parties :**

1. Partie administrative
2. Partie scientifique
3. Partie financière
4. Dossier administratif

### Identification du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |
| **Objectif principal du projet** |  |
| **Durée du projet en mois (12 mois maximum)** |  |
| **Coût total du projet TTC** |  |
| **Budget demandé à la filière (maximum 10 000 € TTC)** |  |

### Porteur de projet

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Email** |  |
| ❑ **Service** ❑ **Unité de recherche**❑ **Encadrant éventuel** |  |
| **Adresse de correspondance** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Discipline médicale (si applicable)** |  |

### Partenaires (si projet collaboratif)

|  |
| --- |
| **Liste des partenaires** |
| **N°** | **NOM Prénom (du responsable du projet)** | **Email** | ❑ **Service**❑ **Unité de recherche**❑ **Encadrant éventuel** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Dossier scientifique

Description du projet : 1500 mots maximum au total

|  |
| --- |
| **Contexte** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectif principal (et objectifs secondaires, si applicable)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Méthodes :****Détaillez les principaux éléments méthodologiques** |
|  |

|  |
| --- |
| **Résultats espérés et perspectives** |
|  |

|  |
| --- |
| **Bibliographie (20 références maximum pour les projets de recherche)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Calendrier prévisionnel et étapes clés** **(durée de 12 mois maximum) (½ page maximum)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Indicateurs de suivi et d’évaluation** |
|  |

1. Dossier financier

### Budget de fonctionnement (petit matériel, impression, réactifs de laboratoire…)

*Merci de joindre un devis si possible*

*A remplir uniquement pour les outils éducatifs ou d’information (pas pour la recherche clinique)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de prestation** | **Coût TTC** | **Prestataire** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total € TTC demandé :** |  |  |

**Date, signature et nom du responsable du projet**

Le …………………………

Nom du responsable du projet  …………………………………………

Signature