**Appel à manifestation d’intérêt**

**Innovations technologiques, techniques et organisationnelles**

**en SMR pédiatrique 2023**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**A retourner avant le : 20 octobre 2023**

**A l’adresse suivante :** ars-bretagne-secretariat-dah@ars.sante.fr

**COORDONNEES DE LA STRUCTURE PORTEUSE DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure**  |  |
| **N° SIRET**  |  |
| **Représentant légal**  |  |
| **Adresse**  |  |
| **Code postal**  |  | **Ville**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne interlocutrice du projet**  |  |
| **Téléphone** |  | **Mail** |  |

**COORDONNEES DES STRUCTURES PARTENAIRES *(obligatoire si projet portant sur l’innovation organisationnelle)***

2ème structure : structure partenaire

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure**  |  |
| **N° SIRET**  |  |
| **Représentant légal**  |  |
| **Adresse**  |  |
| **Code postal**  |  | **Ville**  |  |

3ème structure : structure partenaire

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure**  |  |
| **N° SIRET**  |  |
| **Représentant légal**  |  |
| **Adresse**  |  |
| **Code postal**  |  | **Ville**  |  |

**DESCRIPTION DU PROJET**

**Nature du projet :** *(plusieurs réponses possibles)*

* Innovations technologiques
* Innovations techniques
* Innovations organisationnelles

|  |
| --- |
| **Composition de l’équipe projet**  |
| *Nom/Prénom/profil/contact des membres de l’équipe projet (préciser la structure si projet partenarial)* |

|  |
| --- |
| **Territoire concerné**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Eléments de diagnostic**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectifs**  |
| *Projet médical ou Projet médical partagé* |

|  |
| --- |
| **Modalités de mise en œuvre envisagées** |
| *Moyens humains et techniques mobilisés / Plan de financement / Calendrier de mise en œuvre (préciser la forme juridique de la coopération si projet portant sur l’innovation organisationnelle)* |

|  |
| --- |
| **Dispositif d’évaluation envisagé** |
|  |

|  |
| --- |
| **Autres partenariats envisagés** |
|  |