

**BOURSE ACRO-SANOFI 2017**

# POUR L’OCTROI DE

48 000 $ EN SUBVENTIONS POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER DE LA PROSTATE

**Modèle de demande**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** | |
| Quel est le titre du projet : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Demandeurs** | |
| Le chercheur principal doit être un membre de l'ACRO en règle au moment de la demande. Les non-membres de l'ACRO pourraient participer à une proposition. Dans ce formulaire, CA renvoie à tout chercheur associé | |
| CP - Nom : |  |
| CP - Établissement : |  |
| CP - Adresse de courriel : |  |
| CP - Numéro de téléphone : |  |
| CA 1 - Nom : |  |
| CA 1 - Établissement : |  |
| CA 1 - Adresse de courriel : |  |
| CA 1 - Numéro de téléphone : |  |
| CA 2 - Nom : |  |
| CA 2 - Établissement : |  |
| CA 2 - Adresse de courriel : |  |
| CA 2 - Numéro de téléphone : |  |
| CA 3 - Nom : |  |
| CA 3 - Établissement : |  |
| CA 3 - Adresse de courriel : |  |
| CA 3 - Numéro de téléphone : |  |
| CA 4 - Nom : |  |
| CA 4 - Établissement : |  |
| CA 4 - Adresse de courriel : |  |
| CA 4 - Numéro de téléphone : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL DES COÛTS ANTICIPÉS JUSQU'À UN MAXIMUM DE 24 000 $** | |
| Si l'on s'attend à ce que le projet dure plus d'un an, veuillez indiquer le montant d'argent que vous demandez pour cette demande, laquelle n'est que pour une période d'un an. Le soutien pour la conférence et les déplacements est limité à 1 000 $. Lorsqu'un centre a de l'équipement qui peut être utilisé en appui de l'étude, l'ACURA ne doit pas être facturée dans la demande pour un tel équipement (p. ex., tomodensitogrammes, soutien aux statistiques, si cela est généralement disponible dans le centre, etc.) | |
| Équipement (veuillez saisir tous les renseignements sur l'équipement, les commentaires et les montants d'argent) : |  |
| Personnel (veuillez saisir tous les renseignements sur l'équipement, les commentaires et les montants d'argent) : |  |
| Fournitures (veuillez saisir tous les renseignements sur l'équipement, les commentaires et les montants d'argent) : |  |
| Veuillez saisir tout autre renseignement ou renseignement général concernant les coûts anticipés : |  |
| Total des fonds requis : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autre soutien/financement d'organismes** | |
| Quels autres organismes ont été approchés pour soutenir ce projet? Inscrivez toute autre source de fonds en plus du financement de l'ACURA. | |
| Organisme subventionnaire 1 (veuillez saisir le nom de l'organisme subventionnaire, le montant d'argent et tout commentaire pertinent) : |  |
| Organisme subventionnaire 2 (veuillez saisir le nom de l'organisme subventionnaire, le montant d'argent et tout commentaire pertinent) : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PÉRIODE DU PROJET** |  |
| De : |  |
| Jusqu'au : |  |
| Commentaires : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Emplacement du projet** | |
| Où le projet aura-t-il lieu? | |
| Établissement/secteur : |  |
| Emplacement : |  |
| Commentaires : |  |

|  |
| --- |
| **Description du projet** |
| Décrivez votre projet en 1 500 mots ou moins |
|  |

|  |
| --- |
| **RÉFÉRENCES** |
|  |

|  |
| --- |
| **Commentaires additionnels** |
|  |

**IMPORTANT**

* Veuillez présenter vos propositions dans le présent document par courriel au bureau de l'ACRO à l'adresse [caro-acro@secretariatcentral.com](mailto:caro-acro@secretariatcentral.com?subject=ACURA%20Application).
* Les demandes qui ne sont pas contenues dans le modèle ne seront pas acceptées.
* Lors de la présentation au bureau de l'ACRO, veuillez vous assurer d'indiquer : *DEMANDE SANOFI, Nom de famille, Prénom* dans l'en-tête sujet.
* Veuillez informer le bureau de l’ACRO promptement si vous ne recevez pas d’avis de réception dans un délai d’une semaine de votre proposition.
* Veuillez communiquer avec le [Dr David Petrik](mailto:dpetrik@bccancer.bc.ca) si vous avez des questions à poser sur le contenu de votre demande.
* La date limite pour la présentation est le 14 avril 2017 à23 h 59 HNE.