|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **1 - ENTITE CREDIT AGRICOLE A L’ORIGINE DE LA DEMANDE** |
| **Entité**  |
|   |   |
| **Nom du contact**  |
|   |   |
| **Téléphone**  |
|   |   |
| **E-mail**  |
|   |   |
| **2 - STRUCTURE BENEFICIAIRE** |
| **Nom de la structure bénéficiaire**  |
|   |  |
| **Type d’établissement à caractère non lucratif**  |
|   | o          EHPAD publico          EHPAD public hospitaliero          EHPAD privé non lucratifo          Association d’aide à domicile o          Autres |
| **Si autres ci-dessus, alors précisez ici**  |
|   |  |
| **Adresse**  |
|   |  |
| **Contact au sein de la structure**  |
|   |  |
| **Téléphone du contact**  |
|   |  |
| **Adresse mail du contact**  |
|   |  |
| **3 - BESOIN** |
| **Catégorie du besoin**  |
|   | o            Achat d’EPI, o            Achat de matériel médicalo           Achat de matériel informatique et téléphonieo           Autres :  |
| **Descriptif du besoin (objectif, délai, coût)** **– 10 lignes maxi** |
|   |  |
| **Bénéficiaires**  |
|   | o            Patientso            Soignants |
| **Nombre de bénéficiaires**  |
|   |  |
| **Montant demandé (en euros)**  |
|   |  |
| **4 - Pièces à joindre** |
| **Statuts**  |
|   |  |
| **Facture/devis ou attestation sur l’honneur du besoin**  |
|   |  |
| **RIB**  |
|   |  |

 |