

# PAGE DU SIGNATAIRE • DEMANDE DE SUBVENTION DE RECHERCHE MÉDICALE

(À remplir obligatoirement avec la demande en ligne)

## AUTORISATION / SIGNATURES

DATE \_\_\_\_\_

<b>A</b>	_____	_____
	DEMANDEUR (NOM COMPLET)	SIGNATURE
	_____	_____
	CODEMANDEUR (NOM COMPLET)	SIGNATURE
	_____	_____
	CODEMANDEUR (NOM COMPLET)	SIGNATURE
	_____	_____

<b>B</b>	_____	_____
	UNIVERSITÉ : DÉPARTEMENT	
	_____	_____
	DIRECTEUR (NOM COMPLET)	SIGNATURE
	_____	_____
	UNIVERSITÉ : FACULTÉ	
	_____	_____
	DOYEN OU VICE-DOYEN (NOM COMPLET)	SIGNATURE

<b>C</b>	_____	_____
	HÔPITAL OU INSTITUT DE RECHERCHE EN MILIEU UNIVERSITAIRE OU HOSPITALIER	
	_____	_____
	DIRECTEUR OU CHEF (NOM COMPLET)	SIGNATURE

<b>D</b>	_____	_____
	ADMINISTRATION D'UN BUREAU DE RECHERCHE	
	_____	_____
	DIRECTEUR OU CHEF (NOM COMPLET)	SIGNATURE
	_____	_____
	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	ADRESSE COURRIEL

<b>E</b>	_____
	NUMÉRO D'ORGANISME DE BIENFAISANCE ENREGISTRÉ DE L'INSTITUTION