



# **Formulaire de demande de subvention**

**Fonds de soutien aux CPTS en Nouvelle-Aquitaine**

**URPS Chirurgiens-dentistes Nouvelle-Aquitaine**

## Documents à fournir pour la constitution du dossier

Pour être complet, le dossier de demande de subvention doit être constitué des documents suivants :

- Documents relatifs à la structure juridique portant le projet :
  - Copie des statuts signés de l'association
  - Photocopie de la publication au Journal Officiel
  - Les rapports d'activités du dernier exercice
  - Pour les associations employeuses : le compte de résultat du dernier exercice clos approuvé par l'Assemblée Générale et certifié par le Président et le Trésorier de l'organisme et le budget prévisionnel de la structure juridique porteuse du projet, daté et signé par le représentant légal, pour l'exercice en cours
  - RIB récent au même nom que la structure juridique porteuse
  
- Document relatif à la présentation du projet :
  - Formulaire de demande de subvention (ce présent document)
  
- Documents relatifs aux conditions d'attributions de la subvention :
  - Document décrivant les conditions d'attribution du Fonds de soutien URPS CD NA aux CPTS en Nouvelle Aquitaine, à signer par le représentant légal de la CPTS et le chirurgien-dentiste libéral adhérent de la CPTS
  - Document justifiant de l'adhésion à la CPTS depuis au moins un an du chirurgien-dentiste demandeur

L'URPS CD NA se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire jugée utile pour instruire la demande.

[Avant de passer à l'étape suivante, merci de bien vouloir prendre connaissance des conditions d'attribution du Fonds de soutien URPS CD NA aux CPTS de Nouvelle Aquitaine.](#)

Vous pouvez contacter également la coordinatrice régionale de l'URPS CD NA :  
Email : [projet@urpscdna.org](mailto:projet@urpscdna.org) - Téléphone : 05 33 09 36 38

## Présentation de la CPTS

Identité de la CPTS	
<b>NOM (raison sociale)</b>	
Adresse du siège	
Code postal	
Commune	
N°SIRET	
Date de création	
Date de la dernière Assemblée Générale	
<b>Représentant légal</b> (Prénom NOM) Fonction / Titre Téléphone / Courriel	
<b>Chirurgien-dentiste libéral demandeur</b> (Prénom/NOM) Fonction au sein de la CPTS Téléphone / Courriel	

Description des principales missions de la CPTS

Renseignements sur les moyens humains	
Composition du Bureau	
Composition du Conseil d'administration	
Typologie et nombre d'adhérents <i>Adhérent : personne ayant marqué formellement son adhésion aux statuts de l'association</i>	
Nombre et fonction des salariés employés par la CPTS	
Nombre de salariés de la CPTS en équivalent temps plein (ETP)	

## Présentation du projet

INTITULE DU PROJET	
--------------------	--

Sur quelle(s) orientation(s) prioritaire(s) définie(s) par l'URPS CD NA porte votre projet ?

## Objectifs et description du projet

**Descriptif du projet** - objectifs, actions prévues, résultats attendus (précisez les indicateurs) – Vous pouvez joindre tout document pour expliciter le contenu du projet en annexe du dossier.

**Public(s) ciblé(s) et nombre de bénéficiaires**

**Localisation(s) du projet**

**Calendrier et étapes de réalisation de votre projet**

**Avez-vous identifié des freins à votre projet, si oui, lesquels ? Et quelles solutions pensez-vous mettre en œuvre ?**

**Comment envisagez-vous la suite de ce projet ?**

**Moyens de mise en œuvre du projet**

**Quel est le rôle du/des chirurgien(s)-dentiste(s) impliqué(s) dans le projet ?**

**Allez-vous nouer des partenariats avec d'autres structures pour ce projet ?**

**Allez-vous faire appel à des compétences externes à la CPTS et, si oui, lesquelles et pourquoi ?**

**Allez-vous devoir investir dans du matériel et, si oui, lequel et à quelles fins ?**

<b>Dépenses liées au projet</b> <i>Préciser les postes de dépenses en rajoutant autant de lignes que nécessaires.</i>		<b>Ressources liées au projet</b>	
Achat de fournitures		Recettes en propre générées par votre projet	
Achat de prestations externes		Aide sollicitée auprès de l'URPS CD NA	
Impressions, supports de communication		Financement du projet par la CPTS	
Locations spécifiques liées au projet		Autres financements (Préciser le financeur)	
Frais de déplacements		Autres financements (Préciser le financeur)	
Dépenses de personnel (Préciser le nombre total d'heures affectées au projet : ..... heures)		Autres financements (Préciser le financeur)	
Autres (préciser) :		Autres (préciser) :	
<b>Total des dépenses</b>		<b>Total des ressources</b>	

*Le plan de financement du projet doit être équilibré : Total des dépenses = Total des ressources*



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

*Cette partie doit obligatoirement être remplie pour toutes les demandes, quel que soit le montant de la subvention sollicitée.*

Je soussigné.e, (*à compléter*)

représentant.e légal.e de la CPTS,

- Déclare que la CPTS est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférant ;
- Certifie l'exactitude des informations du présent dossier
- Demande une subvention de : (*à compléter*) euros ;
- Précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de la CPTS (joindre un RIB obligatoirement).

Et engage la CPTS à :

- Réaliser le projet dans un délai maximum de 12 mois à compter de la date de notification de l'aide ;
- Utiliser l'aide attribuée conformément aux objectifs pour lesquels celle-ci a été accordée et présenter un bilan d'évaluation du projet (actions menées, rapport financier avec ses pièces justificatives) dans un délai de 3 mois après la réalisation du projet ;
- Faire état du soutien de l'URPS CD NA dans toute communication liée au projet soutenu, et autoriser l'URPS CD NA à communiquer sur le projet soutenu (presse, communication institutionnelle, vidéos, réseaux sociaux...).

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal de la CPTS :

Signature du chirurgien-dentiste libéral demandeur :