

**FORMULAIRE IDENTIFICATION CANDIDAT**

**Appel à projets pour la création de 15 places de « Lits d’Accueil Médicalisés » sur le département d’Indre-et-Loire - date butoir le 06 juin 2017.**

* Porteur du projet :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’association ou du gestionnaire** |  |
| **Nom du Président ou du Directeur général** |  |
| **Adresse** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Adresse mail** |  |

* Référent du dossier déposé :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du référent sur l’appel à projets** |  |
| **Qualité du référent** (Directeur général / adjoint, chargé de mission…) |  |
| **Adresse** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Adresse mail** |  |