

Instituts de recherche en santé du Canada

PROTÉGÉ B UNE FOIS COMPLÉTÉ

Numéro de la demande :	
------------------------	--

Details du partenaire

Candidat principal désigné ou candidat						
Nom		Prénom(s)	Prénom(s)			
Titre du projet						
<u> </u>						
Information du partenaire						
Nom du partenaire						
Acronyme du nom du partenaire (le cas échéant)						
Nom de la personn	e à contacter	Nom de la personne à conta	Nom de la personne à contacter			
Téléphone		Courriel	Courriel			
Adresse postale co	mplète du partenaire	Télécopieur	Télécopieur			
Adresse Web						
Durée de l'aide : Année(s) Mois(s)						
	Contributio	Contribution du partenaire		Contribution sans contrepartie		
	Comptant	En nature		(s'il y a lieu)		
Année 1			Année 1			
Année 2			Année 2			
Année 3			Année 3			
Année 4			Année 4			
Année 5			Année 5			
TOTAL			TOTAL			
Total Compant + En nature =		Total Contribution	Total Contribution sans contrepartie =			
Signature du responsible de la compagnie: Le cadre responsable de la compagnie a le pouvoir d'engager financièrement la compagnie.						
Nom		Prénom(s)	Titre			
Date		Signature				