

**DOSSIER DE DEMANDE d’AIDE**

Nom du Porteur :

Nom du Projet :

Acronyme :

**Aide demandée :**

[ ]  Production de lots cliniques, MTI/MTI-PP

[ ]  BM-MSC

[ ]  ASC

[ ]  Autre

[ ]  Dossier réglementaire

[ ]  IMPD

[ ]  CPP dossier

[ ]  Autre

[ ]  Données précliniques (modèles précliniques, biodistribution, toxicology, immunomonitoring)

[ ]  Monitoring clinique

[ ]  Conception et méthodologie de l'étude

[ ]  Autre (veuillez préciser dans l'espace ci-dessous)

**Titre du Projet**: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Porteur du Projet et Contact** : (nom, téléphone, email)…………………………

**Tutelle(s)** :……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Résumé du Projet :**

**Mots clés**(5 max.):……………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Objectif de l’étude :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Méthodologie de l’étude proposée :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Rationnel de l’étude (2 pages) :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Références**

**Descriptif de l’équipe (joindre CV du porteur du projet) :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Expérience en thérapie cellulaire** :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………....

**Financements obtenus (PHRC, ANR, FP7) :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Le dossier peut être rempli directement sur le site d’EcellFrance :**

**www.ecellfrance.com**

ou envoyé par mail à contact@ecellfrance.com