

Informations générales

Vous pouvez faire une demande d'octroi à la Fondation **en tout temps**.

À titre d'exemple, il peut s'agir d'une bourse, d'une activité de formation, de l'acquisition de matériel ou d'équipement, d'un projet de recherche ou d'aménagement de locaux.

La Fondation met à la disposition du demandeur une ressource professionnelle pour le conseiller ou le supporter dans ses démarches de sollicitation.

Critères d'admissibilité

Les demandes doivent être conformes à la mission de la Fondation et à celle du CHU de Québec :

- améliorer la qualité des soins,
- favoriser l'humanisation des soins,
- demeurer à la fine pointe des technologies,
- contribuer à l'enseignement et/ou à la recherche.

Les demandes liées à des intérêts personnels ou d'entreprises sont irrecevables.

Les demandes liées à des dépenses administratives de fonctionnement ne peuvent être considérées à moins d'ententes particulières.

Étapes relatives à l'attribution des octrois par la Fondation

- Envoi du formulaire numérique complété par le demandeur et signé par le chef de service, de département ou d'unité de soins à l'adresse octrois.fondation@chudequebec.ca
- Si le projet concerne l'acquisition d'un équipement et/ou un aménagement) complétez les 2 premières parties du **Formulaire de demande de remplacement ou d'ajout d'un équipement médical (DEM)** pour analyse et approbation par la Direction des services techniques
- Montage financier par la Fondation en collaboration avec le demandeur, s'il y a lieu.
- Acceptation de la demande par la Fondation.
- Achat de l'équipement ou aménagement du projet par le centre hospitalier, s'il y a lieu.

Pour information, contacter madame Anne-Marie Léger, coordonnatrice aux octrois et à la gestion des dons à : octrois.fondation@chudequebec.ca ou par téléphone 418-525-4444 poste 88939.

Note : Veuillez vous assurer d'obtenir toutes les signatures requises avant d'acheminer votre demande.



Formulaire de demande d'octroi

Date reçue :
Réservé à la Fondation

No d'octroi :
Réservé à la Fondation

Informations générales

Nom du demandeur
No. de téléphone
Dépt. ou service
Adresse courriel
Site : CHUL HEJ HSFA L'HDQ HSS Autre site (précisez)
Date de la demande
jj-mm-année

Titre/Fonction
Téléav.
Unité
Local
Direction clientèle concernée

Type de demande (remplir l'annexe 2 pour l'acquisition d'équipement médical et de projets d'aménagement)

- Achat d'équipement médical Aménagement
- Fourniture non médicale Formation Recherche clinique Recherche fondamentale
- Humanisation des soins

Objet de la demande (titre du projet)

Brève description (objectifs poursuivis, clientèle, liste des besoins, etc.) - Joindre documents pertinents

Coût de la demande	\$	Incluant taxes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--------------------	----	--

Financement de la demande

Fonds spécifiques utilisés (signature du responsable du fonds requise) :				
	\$	<input type="checkbox"/> HSFA	<input type="checkbox"/> CHUL	<input type="checkbox"/> L'HDQ
		<input type="checkbox"/> HSS	<input type="checkbox"/> HEJ	<input type="checkbox"/> CHU
	\$	<input type="checkbox"/> HSFA	<input type="checkbox"/> CHUL	<input type="checkbox"/> L'HDQ
		<input type="checkbox"/> HSS	<input type="checkbox"/> HEJ	<input type="checkbox"/> CHU

Autres sources : _____ \$

La demande a besoin de financement : Oui Non Précisez :

Signatures requises

Chef de service, de département ou d'unité de soins

Prénom et nom en lettres moulées

Signature

Date

Responsable du fonds spécifique (si différent du chef de service, de département ou d'unité)

Prénom et nom en lettres moulées

Signature

Date

Direction clientèle concernée (pour toute demande d'acquisition d'équipement médical)

Prénom et nom en lettres moulées

Signature

Date

Direction du Centre de recherche (pour toute demande de projet en lien avec le CRCHU. Ex. : recherche, bourse, fellowship)

Serge Rivest, directeur du Centre de recherche

Signature

Date