DOSSIER DE CANDIDATURE



APPEL A MANIFESTATION D’INTERET TELECONSULTATION

***1 – Présentation du candidat***

STRUCTURE

Nom/Prénom : ……………………………………………………………………………………………………

Adresse :…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………Code postal :………………………………………………………………………………………………………

Ville : …………………………………………………………………………………………………………………

SIRET : ……………………………………………………………………………………………………………….

N°ADELI ou RPPS : ………………………………………………………………………………………………

RESPONSABLE DU PROJET ET/OU REPRESENTANT LEGAL DE LA STRUCTURE

Nom/Prénom :……………………………………………………………………………………………………

Téléphone :…………………………………………………………………………………………………………Courriel :……………………………………………………………………………………………………………

***2 – Présentation du projet***

Votre projet se décline-t-il sous la forme :

🞏 d’une borne de téléconsultation 🞏 d’une cabine de téléconsultation

Votre projet prévoit-il une assistance à la téléconsultation 🞏 OUI 🞏 NON

Si OUI sous quelles modalités d’accompagnement

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

Votre projet prévoit-il l’accès à la téléexpertise (spécialiste) 🞏 OUI 🞏 NON

Si OUI quelles spécialités seraient concernées

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

Présentez l’organisation et les modalités de prise de rendez-vous envisagées

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

***3 – Lieu d’implantation***

Adresse du lieu d’implantation :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Modalités d’accès : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***4 - Horaires d’accessibilité au dispositif de télémédecine***

Lundi : de …..…h…... à ………h………

Mardi : de …..…h…... à ………h………

Mercredi : de …..…h…... à ………h………

Jeudi : de …..…h…... à ………h………

Vendredi : de …..…h…... à ………h………

Samedi : de …..…h…... à ………h………

Dimanche : de …..…h…... à ………h………

***5 – Prestataire retenu et justification du choix***

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

***6 – Calendriers de mise en œuvre***

Date à laquelle le dispositif de télémédecine serait opérationnel et étapes intermédiaires le cas échéant (travaux ou achat de mobilier par exemple)

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

***7 – Plan de financement***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DEPENSES | RECETTES | SOLDE |
| xxxxxxx |  |  |  |
| xxxxxxx |  |  |  |
| xxxxxxx |  |  |  |
| xxxxxxx |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |

Autres éléments que le candidat souhaite porter à connaissance

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

***Engagement et signature***

Je soussigné (nom et prénom du représentant légal)………………………………………………...

Agissant en qualité de ………………………………………………………………………………………….

Certifie l’exactitude des renseignements transmis. J’assure avoir pris connaissance des dispositions du présent appel à projet et les accepter.

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Cachet et signature** |

**Les dossiers de candidature doivent être adressés par fichier électronique PDF en un seul envoi mentionnant l’objet « AAP – Téléconsultation Jovinien » à l’adresse suivante :**

**geraldine.duverne@ccjovinien.fr**

**Au plus tard le 30 mars 2025**