Une image contenant texte, Police, Graphique, capture d’écran

Description générée automatiquementUne image contenant texte, clipart

Description générée automatiquementUne image contenant texte, Police, logo, Graphique

Description générée automatiquementUne image contenant texte

Description générée automatiquement

Une image contenant Police, texte, Graphique, capture d’écran

Description générée automatiquement

**APPEL A MANIFESTATION D’INTERET :**

**« Hôpital du Futur : décarbonation des établissements de santé publics du Grand Est »**

**FORMULAIRE DE PRE CANDIDATURE**

**Merci de remplir, de signer ce formulaire de pré candidature et de le retourner à l’adresse suivante sous format Word et/ou PDF :**

Par version électronique à : [hopitaldufutur@biovalley-france.com](mailto:hopitaldufutur@biovalley-france.com)

**ou**

Par voie postale à : Caroline Dreyer, BioValley France, 2 rue Marie Hamm, 67000 Strasbourg

*Dans un soucis de préservation de l’environnement nous vous invitons à privilégier la version électronique et à éviter les impressions.*

**Date limite de réception par BioValley France : 2 juin 2024 à minuit** (l’heure de réception du courrier électronique et/ou le cachet de la poste faisant foi de la date d’envoi).

*Une image contenant triangle

Description générée automatiquement*

***Ce formulaire de candidature est à remplir et retourner en premier lieu. Si votre projet est éligible, le comité exécutif du programme Hôpital du Futur vous autorisera à déposer un dossier de candidature/ de demande de subvention qui vous sera transmis par voie électronique***

Pour toute demande d’information, BioValley France se tient à votre disposition au 06 02 13 75 99 ou à l’adresse hopitaldufutur@biovalley-france.com

Si votre projet implique plusieurs établissements de santé publics, veuillez renseigner toutes les informations concernant ces établissements dans le tableau « présentation des partenaires du projet »

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Présentation du porteur du projet** | | | | | | |
| Dénomination de l’établissement porteur |  | | | | | |
| GHT d’appartenance |  | | | | | |
| Activités principales assurées par la structure – domaines d’intervention |  | | | | | |
| N° SIRET  N° FINESS |  | | | | | |
| Codes APE INSEE  (+ NAF si adapté) |  | | | | | |
| Adresse du siège social |  | | | | | |
| Téléphone |  | | | | | |
| Courriel |  | | | | | |
| Site internet |  | | | | | |
| Nombres de lits | MCO : | SMR : | HAD : | USLD : | PSY : | Urgences : |
| Effectifs salariés actuels | Nombre d’agents : | | | Informations complémentaires si nécessaire : | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Représentant(e) légal (e) de la structure** | | | | | | |
| Nom et Prénom | |  | | | | |
| Fonction | |  | | | | |
| Téléphone fixe | |  | | | | |
| Téléphone portable | |  | | | | |
| Adresse | |  | | | | |
| Courriel | |  | | | | |
| Organe(s) de gouvernance et composition | |  | | | | |
| **Eléments complémentaires que vous souhaiteriez apporter** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Personne en charge du projet (si différente du responsable légal)** | | | | | | |
| Nom et Prénom | |  | | | | |
| Fonction | |  | | | | |
| Téléphone fixe | |  | | | | |
| Téléphone portable | |  | | | | |
| Adresse | |  | | | | |
| Courriel | |  | | | | |
| **Comité pilotage du projet** (*rajouter autant de lignes que nécessaire*) | | | | | | |
| Nom et prénom | Fonction | | Téléphone fixe | Téléphone portable | Adresse | Courriel |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Présentation des établissements de santé publics partenaires du projet (1)** | | |
| Partenaires | Partenaire #1 | Partenaire #2 |
| Dénomination des établissements sanitaires publics |  |  |
| GHT d’appartenance |  |  |
| Activités principales assurées par la structure – domaines d’intervention |  |  |
| N° SIRET  N° FINESS |  |  |
| Activité |  |  |
| Codes APE INSEE  (+ NAF si adapté) |  |  |
| Adresse du siège social |  |  |
| Téléphone |  |  |
| Courriel |  |  |
| Site internet |  |  |
| Nombres de lits | MCO :  SMR :  HAD :  USLD :  PSY :  Urgences : | MCO :  SMR :  HAD :  USLD :  PSY :  Urgences : |
| Effectifs salariés actuels | - Nombre d’agents :  - Informations complémentaires si nécessaire : | - Nombre d’agents :  - Informations complémentaires si nécessaire : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Présentation des établissements de santé publics partenaires du projet (2)** | | |
| Partenaires | Partenaire #3 | Partenaire #4 |
| Dénomination des établissements sanitaires publics |  |  |
| GHT d’appartenance |  |  |
| Activités principales assurées par la structure – domaines d’intervention |  |  |
| N° SIRET  N° FINESS |  |  |
| Activité |  |  |
| Codes APE INSEE  (+ NAF si adapté) |  |  |
| Adresse du siège social |  |  |
| Téléphone |  |  |
| Courriel |  |  |
| Site internet |  |  |
| Nombres de lits | MCO :  SMR :  HAD :  USLD :  PSY :  Urgences : | MCO :  SMR :  HAD :  USLD :  PSY :  Urgences : |
| Effectifs salariés actuels | - Nombre d’agents :  - Informations complémentaires si nécessaire : | - Nombre d’agents :  - Informations complémentaires si nécessaire : |

Si votre projet comporte plus de 4 partenaires, veuillez copier le tableau précédent « **Présentation des établissements de santé publics partenaires du projet**» et l’intégrer ci-après.

|  |
| --- |
| 1. **Synthèse des principaux projet structurants pour l’établissement sur la période 2024-2027** |
| 1000 caractères maximum (espaces compris) |

|  |
| --- |
| 1. **Synthèse des projets phares et structurants liés à la transition écologique déjà engagés** |
| 1000 caractères maximum (espaces compris) |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Présentation synthétique du projet** | |
| **Intitulé du projet :** | |
| **Thématique du projet, cochez la ou les cases correspondantes à votre projet :**  **Eco-conception des soins** : Éco-concevoir un soin, c'est réaliser un soin, de qualité, répondant aux attendus en matière de sécurité, de pertinence égale avec un moindre impact sur les plans économiques, sociaux et environnementaux à court, moyen et long terme. L'écoconception doit prendre en compte les questions environnementales dans toutes les étapes du cycle de vie d'un produit ou d'un service : de la conception, à la fabrication, la distribution, l'utilisation et ceci jusqu’à sa valorisation en fin de vie.  **Bâtiment et énergie** : Le dispositif Éco Énergie Tertiaire (DEET), plus couramment appelé « décret tertiaire », impose une diminution de la consommation d’énergie de 40 % d’ici 2030 comparée à une année de consommation au choix entre 2010 et 2019. Ces chiffres sont portés à 50 % en 2040 et 60 % en 2050. Pour les bâtiments récents, il est possible de fixer un niveau de consommation finale en valeur absolue (en KWh/m2/an). Les établissements doivent suivre leurs consommations d’énergie et mettre en œuvre des actions correctives pour atteindre les objectifs du décret.  **Gestion des déchets d’activité de soins** : Les DAS sont définis à l’article R1335-1 du Code de Santé Publique (CSP) : « déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire ». Tout producteur de déchets d’activité de soins à risque infectieux (DASRI) en est responsable de sa production à son élimination. Il ne peut s’affranchir de cette responsabilité quand bien même il cèderait ses déchets à un tiers en vue de son élimination. Le projet proposé répond à un ou des objectif(s) de diminution, d’évitement, de recyclage et/ou de valorisation. | |
| **Présentation du projet qui doit faire figurer :**   * Les besoins identifiés couvert par le programme ; * Le ou les impacts du projet sur les gaz à effet de serre, l’environnement et la décarbonation de l’établissement ; * Les indicateurs d’impacts et leurs outils de mesures qui seront suivis pour objectiver les impacts décrits ci-dessus * La description de l’impact sur le soin s’il y a lieu ; * La prise en compte de la résilience au changement climatique   + Anticipation des risques par leurs identifications et l’évaluation des impacts * La durabilité à long terme du projet.   *8000 caractères maximum (espaces compris).* | |
| **Décrivez le caractère innovant de votre projet**  800 caractères maximum (espaces compris) | |
| **Décrivez le degré de maturité de la solution envisagée, la synthèse des études de marchés effectuées ainsi que les retours d’expériences pouvant exister.**  800 caractères maximum (espaces compris) | |
| **Eléments complémentaires que vous souhaiteriez apporter**  800 caractères maximum (espaces compris) | |
| **Besoins principaux identifiés pour mener à bien ce projets dans les catégories ci-dessous.** | |
| Identification des postes de dépenses prévisionnels et chiffrage des montants correspondants aux **investissements** | **1.**  **2.**  **3.**  **…** |
| Identification des postes de dépenses prévisionnels et chiffrage des montants correspondants aux **fonctionnement** | **1.**  **2.**  **3.**  **…** |
| Identification des postes de dépenses prévisionnels et chiffrage des montants correspondants aux **ressources humaines** | **1.**  **2.**  **3.**  **…** |
| **Montant total estimé du projet** |  |
| **Date de démarrage prévisionnel** | jour/mois/année |
| **Date de fin (opérationnelle) envisagée** | jour/mois/année  Cette date est à définir par le porteur de projet lui-même, en fonction de la temporalité nécessaire à la réalisation des dépenses éligibles, avec pour date butoir le 31 décembre 2026 |
| **Autres partenaires du projet ne relevant pas d’un établissement sanitaire public** |  |
| Avez-vous bénéficié d’un soutien financier public quelqu’un soit la forme et l’entité publique émettrice notamment de l’ARS Grand Est, de la Région Grand Est et/ou du FEDER ces 3 dernières années ? | Non |
| Oui |
| Si oui, précisez dans le tableau ci-dessous le motif et le montant des aides régionales perçues : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Année** | **Service et/ou le nom du dispositif régional concerné** | **Intitulé de l’action** | **Montant de l’aide attribuée** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Engagement du (ou de la) représentant(e) légale de la structure et de la présidence de la CME**

|  |  |
| --- | --- |
| Je soussigné(e), agissant en qualité de (ou de la) représentant (e) légal(e) de la structure |  |

Sollicite via ce formulaire une aide au programme Hôpital du Futur d’un montant de XX XXX,XX € (HT ou TTC à préciser ) pour la réalisation du projet présenté dans le cadre de ce formulaire de candidature à l’AMI « Hôpital du Futur : décarbonation des établissements de santé publics du Grand Est » , dont le montant total des dépenses éligibles est évalué à XX XXX,XX € (HT ou TTC à préciser).

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à |  |
| Le |  |

|  |
| --- |
| Cachet et signature du (ou de la) représentant(e) légal (e) : |
|  |

|  |
| --- |
| Cachet et signature du (ou de la) président(e) de la CME : |
|  |

**Attention :** toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

Le droit d’accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’exerce auprès du service ou de l’Etablissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.

\*\*\*

**Listes des pièces à fournir pour le 2 juin 2024 – minuit - dernier délai.**

* Formulaire de pré candidature,
* Le rapport d’activité N-1. Dans l’hypothèse où le rapport d’activité de l’établissement n’est pas finalisé au moment du dépôt de la demande, un document provisoire peut être fourni dans un premier temps,
* Tout document jugé utile, en lien avec le projet proposé,
* Un relevé d’identité bancaire.

\*\*\*