

**Demande de subvention**

**Programme CRIBIQ-BIOnext : 2023-2024**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Entreprise bénéficiaire du service\*** | | | | | | |
| Nom de l’entreprise | | | | | | |
| Texte | | | | | | |
| Adresse (numéro, rue, bureau) | Ville | | | | Province | Code postal |
| Texte | Texte | | | | Texte | Texte |
| Prénom, Nom représentant | | | Fonction | | | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| Téléphone | | Numéro de poste | | Courriel | | |
| Numéro téléphone | | No. poste | | Adresse courriel | | |
| **2. Fournisseur du service\*** | | | | | | |
| Nom de l’organisation/du consultant | | | | | | |
| Texte | | | | | | |
| Adresse (numéro, rue, bureau) | Ville | | | | Province | Code postal |
| Texte | Texte | | | | Texte | Texte |
| Prénom, Nom représentant | | | Fonction | | | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| Téléphone | | Numéro de poste | | Courriel | | |
| Numéro téléphone | | No. poste | | Adresse courriel | | |
| **Est-ce que le fournisseur possède l’expertise pour fournir le service?** *N’oubliez pas de joindre en annexe tout information pertinente à ce propos (CVs; réalisations antérieures, …. etc.) (Veuille justifier : maximum 500 caractères).* | | | | | | |
| **OUI**  **NON**  Intrérer du texte | | | | | | |
| **3. Informations sur le service** | | | | | | |
| **3.1 Type de service demandé** | | | | | | |
| Choisissez un élément., si autre veuillez spécifier : Texte | | | | | | |
| **3.2 Filières industrielles visés par le service demandé** | | | | | | |
| Choisissez un élément., si autre veuillez spécifier : Texte | | | | | | |
| **3.3 Description sommaire du service et lien avec l’innovation antérieure, présente et/ou future** *(maximum 750 caractères)*  *N’oubliez pas de joindre l’offre de service détaillée en annexe de ce formulaire.* | | | | | | |
| Intrérer du texte | | | | | | |

**\* IMPORTANT! Il est obligatoire que l’entreprise bénéficiaire du service et le fournisseur de service soient membres du CRIBIQ au moment du dépôt de la demande.** Pour avoir plus de détails sur l’adhésion vous pouvez vous rendre directement sur notre site web au **:** [**www.cribiq.qc.ca**](http://www.cribiq.qc.ca)

|  |
| --- |
| **3.4 Retombées estimées de la réalisation du service chez l’entreprise bénéficiaire sur les plans économiques et/ou environnementales et/ou technologiques** *(maximum 1000 caractères)* |
| Intrérer du texte |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Montage financier** | |
| **Nombre d’heures pour la réalisation du service :** Nombre | **Taux horaires :** Montant **$** |
| **Coût total du service :** | Montant **$** |
| **Contribution de l’entreprise (min. 20% nature et/ou espèces) :** | Montant **$ (**  **%)** |
| Contribution du fournisseur du service (facultatif) **:** | Montant **$ (**  **%)** |
| Autre contribution (facultatif) Spécifiez**:** Texte | Montant **$ (**  **%)** |
| **Montant du CRIBIQ à verser au fournisseur :** | Montant **$ (**  **%)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Signatures** | | | | | | |
|  | **5.1 Signature de l’entreprise bénéficiaire du service** | | |  |  |  |
|  | Veuillez mentionner |  | Veuillez mentionner |  | AAAA-MM-JJ |  |
|  | Prénom, Nom |  | Fonction |  | Date |  |
|  | Signature |  |  |  |  |  |
|  | **5.2 Signature du fournisseur du service** | | |  |  |  |
|  | Veuillez mentionner |  | Veuillez mentionner |  | AAAA-MM-JJ |  |
|  | Prénom, Nom |  | Fonction |  | Date |  |
|  | Veuillez mentionner |  |  |  |  |  |
|  | Signature |  |  |  |  |  |

**Le formulaire dûment complété et signé, accompagné de l’offre de service et de l’information sur le fournisseur du service, doit être envoyé à l’adresse suivante :**

[**cribiq-bionext@cribiq.qc.ca**](mailto:cribiq-bionext@cribiq.qc.ca)