**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Accompagnement PME TechMed**

**Marquage CE médical**

à transmettre à l’adresse suivante : TechMed2019@auvergnerhonealpes-entreprises.fr

avant le 12 juillet2019

*NOTE IMPORTANTE : La Région Auvergne Rhône-Alpes, l’Agence Auvergne-Rhône-Alpes Entreprises, le pôle de compétitivité Lyonbiopôle et le Snitem constituent le consortium de partenaires ayant pour mission la mise en œuvre du présent dispositif d’assistance pour le marquage CE. L’ensemble des partenaires s’engage à conserver la plus stricte confidentialité vis-à-vis des projets d’accompagnement, notamment des données financières, stratégiques, technologiques dont ils auront connaissance à l’occasion de l’exécution du présent dispositif. Les partenaires s’engagent à ne pas utiliser ces informations, en tout ou partie, dans un autre but que celui du dispositif d’aide et de l’accompagnement du dispositif.*

**A REMPLIR PAR L'ENTREPRISE**

**L'ENTREPRISE**

Nom ou raison sociale :………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse obligatoire du siège social en Région : …………………………………………………………………………………………………

 Code Postal : Ville : ……………………………..

Date de création :……………….

Tél : Fax : E-mail : ………………………………………

Date de création : Forme juridique : Effectif : ……

Code NAF : N° SIRET : ……………………………………………………

Capital social actuel en € :

Appartenance à un groupe :………….. Si Oui, lequel, ………………………………………..

***Attention, la cible concerne les PME au sens communautaire : « entreprise employant strictement moins de 250 salariés, réalisant soit un chiffre d’affaires annuel inférieur à 50 millions d’euros, soit un total de bilan inférieur à 43 millions d’euros, et ne pas être filiale à plus de 25% d’une entreprise qui n’entrerait pas dans ces critères ».***

Précisions si vous appartenez à un groupe : CA, Total du bilan :…………………..………………………

**DECRIVEZ VOTRE ACTIVITE :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DECRIVEZ VOTRE OFFRE ET VOS FACTEURS DE DIFFERENCIATION :**

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

**DECRIVEZ VOS FAMILLES DE PRODUITS :**

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

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

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

**QUELS SONT VOS RESSOURCES INTERNES AU NIVEAU REGLEMENTAIRE ET QUALITE :**

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

**DECRIVEZ VOTRE MARCHE ET VOS PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT :**

**Taille et évolution du marché** :

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

**Positionnement vis-à-vis de la concurrence** :

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

**Perspectives de développement** :

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

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

**QUELLE EST VOTRE POLITIQUE DE PROPRIETE INTELLECTUELLE, PRECISEZ LE NOMBRE ET LA NATURE DES BREVETS LE CAS ECHEANT :**

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

**PRECISEZ LES ELEMENTS FINANCIERS SUIVANTS :**





MARQUAGE CE MEDICAL, ETAT DES LIEUX :

**Précisez les dates de fin de marquage CE pour votre/vos produit(s), l’organisme notifié, les éventuels partenaires externes :**

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

**MARQUAGE CE MEDICAL, VOS BESOINS :**

**Précisez l’impact du nouveau règlement européen sur votre entreprise, plus particulièrement pour votre/vos produit(s), vos besoins en termes d’accompagnement et indiquez comment serait utilisé le financement en cas de sélection de votre dossier (estimation de budget souhaitée).**

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

Montant du devis H.T de la prestation « Prestation Marquage CE »…………………………………………………………………..

 TVA 20% :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Montant du devis TTC :………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Délai prévue de la fin de l’intervention : un an à compter de la date de notification comme bénéficiaire de cette subvention.

ELEMENTS A FOURNIR PAR L’ENTREPRISE

Devis détaillé de 2 prestataires

3Dernières liasses fiscales

Extrait Kbis du prestataire retenu

Copie de la pièce d’identité du (des) dirigeant (s) de l’entreprise

CV du dirigeant

Attestation de régularité fiscale et sociale de moins de 3 mois

Copie du dernier bilan comptable de l’entreprise

Dossier de demande

POUR L’ENTREPRISE

**Responsable dirigeant :** …………………………………………………………………………

***\*****Le soussigné déclare que l'entreprise est en situation régulière au regard de ses obligations fiscales et sociales.*

**Signature et cachet de l'entreprise**

***Nom et qualité du signataire*** :

Fait à : Le :………………………………………………………

*\*Le soussigné autorise la transmission des informations contenues dans la présente demande relative à son projet, et le cas échéant à l’aide qui pourrait être accordée, au Conseil Régional, à toute autorité administrative, judiciaire ou de contrôle française et à la commission européenne.*

PRESTATAIRE n° 1 RETENU

**Nom ou raison sociale :**

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Code Postal : ……………………………. Ville : ……………………………………………

Tél. : Fax : ……………………………………….E-mail : ……………………………………………………..

Code NAF : N° SIRET : ………………………………………………………………………………..........

Responsable de la prestation : …………………………………………………………………….

Responsable dirigeant : …………………………………………………………………………Nature de la prestation : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PRESTATAIRES n°2 RETENU

**Nom ou raison sociale :**

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Code Postal : ……………………………. Ville : ……………………………………………

Tél. : Fax : ……………………………………….E-mail : ……………………………………………………..

Code NAF : N° SIRET : ………………………………………………………………………………..........

Responsable de la prestation : ………………………………

Responsable dirigeant : …………………………………………………………………………

Nature de la prestation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**A REMPLIR PAR L’AGENCE AUVERGNE-RHONE-ALPES ENTREPRISES**

**ENTRENTREPRISES**

Visa :

Fait à : ………………………………………………….

Le : ……………………………………………………...

N° convention Région / Agence : ………………………………….

Nom du ou des prestataires : ………………………………………………………..

Montant HT de la ou des prestations : ……………………………………..€

Subvention prévue : ………………………………………………..…….€

Reste dû par l'entreprise : …………………………………………..…€

**Modalités pour le dépôt de la candidature**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date limite :****Transmission à l’adresse suivante :****Gestionnaire du dispositif** **pour le compte du Conseil Régional** | **12 Juillet 2019**TechMed2019@auvergnerhonealpes-entreprises.fr **Auvergne-Rhône-Alpes Entreprises** Siège social : Immeuble Empreinte 30 quai Perrache 69002 Lyon |
| **Dispositif financé par****Partenaires du dispositif****\\cd-lyon-01\Users\egirard\Bureau\LOGO JAUNE AURAE\digital\logo-auvergne-rhone-alpes-entreprises-jaune-rvb.png** |