



# CLINIQUE FINANCEMENT

Veuillez remplir ce formulaire avec vos besoins en financement.

Avec ces informations, nous vous redirigerons vers la/les bonnes ressources afin de vous aider à trouver le financement à la hauteur de vos projets.

## **Informations sur le projet à financer**

Court descriptif du projet :

---

---

---

---

Organisme avec lequel j'aimerais un suivi (Cochez) :

MITAC

Emploi-Québec

CTA

CAMAQ

Autres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de début de projet espéré : \_\_\_\_\_

S'il vous plaît remplir la section suivante avec vos coordonnées pour que nous puissions vous contacter avec les informations nécessaires pour vous aider à trouver du financement.

Nom : \_\_\_\_\_

Entreprise : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

*Notez que ces informations resteront confidentielles et ne seront pas diffusées. Seul le CAMAQ ou les partenaires répondant à votre demande auront accès à ces informations.*

**S'IL VOUS PLAÎT RETOURNER LE FORMULAIRE À [EG@CAMAQ.ORG](mailto:EG@CAMAQ.ORG)**

