|  |
| --- |
| *FORMULAIRE DE DEMANDE 2024*  **BOURSE DR ANDREW R. BELCH POUR ENCOURAGER L’ÉDUCATION ET LA FORMATION CONTINUE DE JEUNES CHERCHEURS DANS  LE DOMAINE DU MYÉLOME (EFCM)** |

Veuillez remplir ce formulaire de demande pour l’obtention d’une Bourse EFCM et nous l’envoyer par courriel à [andrewbelchgrant@myeloma.ca](mailto:andrewbelchgrant@myeloma.ca), accompagné des documents suivants :

* curriculum vitae qui indique le poste actuel, l’établissement, les diplômes et les affiliations du/de la candidat(e);
* copie du résumé présenté/approuvé;
* preuve que le résumé a été sélectionné pour la présentation du résumé ou d’une affiche *(lorsqu’une telle preuve est disponible)*.

Le/La candidat(e) peut présenter plus d’une demande de bourse EFCM pour divers projets. Cependant, une seule bourse EFCM par candidat(e) sera accordée. La bourse EFCM ne peut être reportée et n’est pas transférable.

***Conditions :*** *Myélome Canada se réserve le droit d’annoncer et de citer les boursiers EFCM et leur résumé sur son site Web et ses plateformes de médias sociaux, dans ses publications (c.-à-d., bulletin électronique Manchettes Myélome, Bilan de l’année, Rapport d’impact), dans les communiqués et communiqués de presse, et dans les annonces publiques générales. Les bousiers EFCM s’engagent à : mentionner l’appui de Myélome Canada dans toutes les publications résultant de la recherche effectuée pendant la période d’octroi de la bourse; collaborer avec Myélome Canada sur les initiatives de marketing et communication.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de famille :** | Nom de famille | | **Prénom (s):** | | Prénom(s) | |
| **Date de naissance :** | AAAA-MM-JJ | | | | | |
| **Adresse :** | Numéro et nom de rue, numéro d’unité/appartement | | | | | |
|  | Ville | Province/État | | | | Code postal/zip |
| **Numéro(s) de téléphone :** | Principal (jour) | Cellulaire | | | | Soirée (autre) |
| **Nom et adresse de l’établissement :** | Nom de l’établissement d’enseignement | | | | | |
| Numéro et nom de rue, numéro d’unité/bureau | | | | | |
|  | Ville | Province/État | | | | Code postal/zip |
| **Projet/résumé :** | Titre du projet/résumé | | | | | |
| **Conférence(s) :** | Conférence(s)/rencontre(s) pour lesquelles le résumé a été soumis | | | | | |
| **Superviseur(s) ou chercheurs (s):** | **Nom(s) :**  Nom 1 | | | **Affiliation(s):**  Affiliation 1 | | |
| Nom 2 | | | Affiliation 1 | | |
| **Déclaration d’impact (maximum de 250 mots) :** | Déclaration d’impact et prochaines étapes | | | | | |