

Formulaire client INEDI

Date

Entreprise

Nom _____ Prénom _____

Fonction _____ Domaine _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone fixe _____ Poste _____ Cellulaire _____

Courriel _____

Site Web _____

Nb année _____ Référence _____

Nb employé 1 à 2 3 à 20 21 à 99 100 et +

Niveau du projet Idée ou concept Prototype Validation du produit Validation de marché

Avez-vous déjà obtenu un financement ou une subvention dans le cadre du projet visé

Précisez _____
Quand _____

Avez-vous déjà collaboré avec un CCTT

Nommez le _____

Délai de réalisation du projet souhaité _____

Définition du besoin

Données colligées par :

Nom _____ Prénom _____

Projet référé à _____