

**ANNEXE**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE**

***en vertu de l'article 191quinquies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994***

**COORDONNEES DU DEMANDEUR (\*)**

Redevable des cotisations <i>(dues selon l'art.191 de la loi du 14 juillet 1994)</i>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Nom du demandeur : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Numéro BCE : .....

Personne de contact : .....

Tél : ...../.....      Email : .....@.....

Numéro de compte : IBAN .....      BIC .....

Entreprise :                     Grande       Moyenne       Petite

Entreprise en difficulté :     oui             non

**COORDONNEES DU COMMISSAIRE / REVISEUR D'ENTREPRISE (\*)**

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Personne de contact : .....

N°d'agrément : .....

Tél : ...../.....      Email : .....@.....

*(\*) Toute modification des informations figurant ci-dessus doit être communiquée au Service des Soins de Santé – section UGPP – avenue de Tervueren, 211 – 1150 BXL, par lettre recommandée avec accusé de réception, sans quoi seules ces dernières font foi.*

## DONNEES NECESSAIRES POUR LE CALCUL DE LA DIMINUTION

### A. VALEURS DES INVESTISSEMENTS EN R&D – ANNEE T

Investissement	Valeur (€)	Valeur pondérée (€) (**)
Recherche fondamentale		
Recherche industrielle <i>y compris les essais précliniques</i>		
Développement expérimental <i>y compris les essais cliniques de phase I</i>		
Total		

(\*\*) Table des taux de pondération

Investissements	Grande	Moyenne	Petite	Collaboration
Recherche fondamentale	100%			
Recherche industrielle <i>y compris les essais précliniques</i>	50%	60%	70%	65%
Développement expérimental <i>y compris les essais cliniques de phase I</i>	25%	30%	55%	40%

### B. PLAFONDS ET BENEFICES FINANCIERS

Type	Valeur
Bénéfice financier / allègement fiscal	
Plafond d'intensité d'aide (25%)	
Cotisations et contributions année t -2	

-----

Conformément aux dispositions de l'article 4 du présent arrêté, sont joints à ce formulaire de demande, certifié par ailleurs sincère et exact, les documents suivants :

- La copie du plan d'investissement en RDI tel que décrit à l'article du 3 du présent arrêté
- Le rapport écrit des organes de gestion du demandeur
- Le rapport écrit et circonstancié établi par le commissaire ou à défaut le réviseur d'entreprise

**Signature datée du demandeur**

**Signature datée du réviseur**

*Vu pour être annexé à Notre arrêté du 29 mars 2019 déterminant les conditions d'octroi et les modalités de mise en œuvre d'un régime d'aide financé à partir des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques, prévu par l'article 191 quinquies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.*