

**PROGRAMA APÍCOLA NACIONAL \_\_\_\_\_ (Ano)**

**PEDIDO DE PAGAMENTO**

**MEDIDA 2A – LUTA INTEGRADA CONTRA A VARROOSE – MEDICAMENTO E CERAS**

**BENEFICIÁRIO**

Denominação Social					
NIF / NIPC			NIFAP		
Pedido de Pagamento	1º	2º	3º	4º	Data de execução financeira de 20____/____/____ a 20____/____/____

**DESPESAS EFETUADAS**      **MEDICAMENTO**       **CERAS**

N.º de Colónias	Valor da despesa elegível executada	Reservado à Entidade Avaliadora
		Montante da Ajuda
Em zona controlada		
Fora de zona controlada		

**ANEXOS A INTEGRAR NESTE PEDIDO DE PAGAMENTO**

Ficha de Gestão de Stocks - Medicamento	
Termo de Entrega ao Apicultor - Ceras	
No último Pedido de Pagamento apresentar relatório anual da distribuição do medicamento ou das ceras (alínea c) artigo 33.º da Portaria n.º 286-A/2016 de 9 de novembro)	

**DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO OU SEU REPRESENTANTE**

Declaro ter conhecimento de que qualquer pagamento que venha a ser efetuado, com base na presente candidatura e confirmado com as informações constantes neste formulário, bem como nos formulários das candidaturas das medidas, são verdadeiras, assumindo a responsabilidade de as alterar sempre que for caso disso e que autorizo essa Instituição ou outras entidades com poder para o efeito, a executar as ações necessárias que visem a sua confirmação.

Toma conhecimento de que em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo n.º 113 do Reg. (CE) n.º 1306/2013, do Parlamento Europeu e Conselho de 17 de Dezembro e no Reg. (CE) n.º 259/2008, da Comissão, de 18 de Março, a informação relativa a qualquer pagamento das ajudas e/ou apoios a que se candidata irão ser publicitados no portal do IFAP, I.P.

Declaro ainda ter conhecimento de que qualquer pagamento que venha a ser efetuado, com base na presente candidatura, é feito sob condição de verificação ulterior dos requisitos de elegibilidade do direito à ajuda, nos termos da legislação nacional e comunitária. Todos os pagamentos são efetuados sob reserva de revogação.

**ASSINATURA(S) DO BENEFICIÁRIO / PROCURADOR(ES) / REPRESENTANTE(S) LEGAL(AS)**

Data	Nome Legível	Assinatura
20____/____/____		
20____/____/____		
20____/____/____		

Representante na Qualidade de:

B. I./C.C. n.º	Data de validade	do Arquivo de Identificação de:
	20____/____/____	
	20____/____/____	
	20____/____/____	