

**IFAP**Instituto de Financiamento
da Agricultura e Pescas, I.P.

PROGRAMA APÍCOLA NACIONAL

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome / Denominação Social

NIF / NIPC

NIFAP

Tipo de Beneficiário, de acordo com o artigo 5.º, da Portaria n.º 286-A/2016, de 09 de novembro:

N.º 1, alínea a)

N.º 1, alínea b):

• Associações

• Cooperativas

• Uniões ou Federações de Apicultores

N.º 1, alínea c):

N.º 4, Serviços Competentes das Regiões Autónomas (RA)

DELIBERAÇÃO DA CANDIDATURA

Data

Local

Doc. n.º / ata n.º

CANDIDATURA ÀS MEDIDAS

Campanha

2017

2018

2019

1A – Serviços de assistência técnica aos apicultores

1B – Melhoria das condições de processamento do Mel

1C – Promoção no mercado nacional

2A – Medicamento e ceras

2B - Análises

3 - Aquisição de Equipamento de Transumância

4 – Melhoria da qualidade do mel

5 – Repovoamento do efetivo apícola

6 – Investigação e desenvolvimento

BENEFICIÁRIO		
Nome / Denominação Social		
NIF / NIPC		NIFAP
INFORMAÇÕES ADICIONAIS: (Observações)	_____	

DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO OU SEU REPRESENTANTE		
<p>Declaro ter conhecimento das condições legais de atribuições das ajudas a que me candidato e confirmo que 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.</p>		
<p>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.</p>		
<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.</p>		
DATA	ASSINATURA(S) DO BENEFICIÁRIO/ PROCURADOR(ES)/REPRESENTANTE(S) LEGAL(AIS)	
20 ____ / ____ / ____	(Rubrica)	
	(Nome Completo)	
20 ____ / ____ / ____	(Rubrica)	
	(Nome Completo)	
20 ____ / ____ / ____	(Rubrica)	
	(Nome Completo)	
Representante na Qualidade de:		
B. I / CC n.º	Data de Validade	do Arquivo de Identificação de: