

PROGRAMA APÍCOLA NACIONAL _____ (Ano)
PEDIDO DE PAGAMENTO
MEDIDA 1A – SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

BENEFICIÁRIO

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

INICIATIVAS REALIZADAS

AÇÕES DE DIVULGAÇÃO OU DEMONSTRAÇÃO

Local (morada)	Data	Formador	Hora	Nº Horas Ações Divulgação ou Demonstração	N.º de Apicultores Presentes

ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maió	Jun.	Jul.

IDENTIFICAÇÃO DOS TÉCNICOS

Nome do Técnico	NIF	Habilitações Literárias	Especificidade da Formação

DESPESAS EFETUADAS

Serviços de Assistência Técnica	Colocar uma cruz na opção	Valor do Pedido Pagamento	Reservado à Entidade Avaliadora
			MONTANTE DA AJUDA
1º Técnico			
2º Técnico			

PROGRAMA APÍCOLA NACIONAL _____ (Ano)
PEDIDO DE PAGAMENTO
MEDIDA 1A – SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

BENEFICIÁRIO

Denominação Social

NIF / NIPC

NIFAP

ANEXOS A INTEGRAR NESTE PEDIDO DE PAGAMENTO

Recibo (s) de Vencimento dos Técnicos afetos

Cópia do contrato com o(s) técnico(s)

Comprovativo da realização das ações

Cópia do programa das ações

Folha de presenças das ações

Descritivo da bibliografia distribuída

Cópia das fichas das visitas aos apiários

Comprovativo da realização das visitas

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(AIS)

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__/__/__	