

PROGRAMA APÍCOLA NACIONAL _____ (Ano)
PEDIDO DE PAGAMENTO
MEDIDA 1B – MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE PROCESSAMENTO DE MEL

BENEFICIÁRIO

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

DESPESAS EFETUADAS

Equipamentos / Investimentos	Valor da despesa elegível executada	Reservado à Entidade Avaliadora	
		% da Participação	Montante Participado

ANEXOS A INTEGRAR NESTE PEDIDO DE PAGAMENTO

Fatura de Aquisição / Despesas	
Despesas efetivamente executadas, pagas por débito em conta bancária específica, transferência bancária, cheque e comprovadas pelo respetivo extrato bancário ou mapa de meios de pagamento	
O 1.º Pedido de Pagamento é acompanhado, do título de registo e do plano de aplicação do HACCP, bem como do comprovativo do pedido de licenciamento ou de manutenção do mesmo a que se refere a alínea b) do n.º 1 do artigo 17.º da Portaria n.º 286-A/2016 de 9 de novembro de 2016	

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____/____/____	