

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures

Poste* de l'investissement	Montant de l'investissement éligible ⁽¹⁾		Montant total de la facture ou montant correspondant sur la facture			Nom du Fournisseur à l'origine de la facture	N° de la facture	Date de la facture	Date d'acquiescement de la facture	Auto-construction
	<input type="checkbox"/> HT	<input type="checkbox"/> TTC ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> HT	<input type="checkbox"/> TTC ⁽²⁾						
			Idem	Autre montant (à préciser)	TVA npr					<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
TOTAL										

* voir Annexe II de la notice explicative

⁽¹⁾ les montants doivent être exprimés hors retenues de garantie

⁽²⁾ Seuls les établissements privés qui ne récupèrent pas la TVA peuvent présenter des factures TTC (certains établissements public peuvent être concernés, pour le vérifier, veuillez vous adresser à la Direction des fonds européens de la Collectivité Territoriale de Martinique)

NOTA : lorsque la facture concerne plusieurs investissements dont certains ne sont pas éligibles, il convient d'indiquer ceux qui sont éligibles (par exemple en surlignant les montants à prendre en compte).

Direction des fonds européens de la CTM, Immeuble Pyramide au 165-167, Route des Religieuses, 97200 Fort-de-France

Tél. : 0596 59 89 00 - Mail : guichet.europe@collectivitedemartinique.mq

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures

Dépenses sur devis proratisées

Poste de dépenses	Montant de la dépense éligible ⁽¹⁾ □HT □TTC ⁽²⁾	Montant total de la facture ou montant correspondant sur la facture			Taux de proratisation entre 0% et 100%	Montant HT / Prix net proratisé	Montant TTC proratisé	Nom du Fournisseur à l'origine de la facture	N° de la facture	Date de la facture	Date d'acquittement de la facture
		□HT	□TTC ⁽²⁾	Idem							
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						
TOTAL	_ _ , _		□	_ _ , _	_ _ , _						

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures

Frais salariaux prévisionnels supportés par le demandeur

Direction des fonds européens de la CTM, Immeuble Pyramide au 165-167, Route des Religieuses, 97200 Fort-de-France

Tél. : 0596 59 89 00 - Mail : guichet.europe@collectivitedemartinique.mq

Description de l'intervention (type de mission)	Nom de l'intervenant	Qualification de l'intervenant	Coût salarial sur la période	Temps de travail sur la période en heure	Temps de travail en heures dédié à l'opération	Montant présenté en €
						_ _ _ _ _ _ _ , _ _
						_ _ _ _ _ _ _ , _ _
						_ _ _ _ _ _ _ , _ _
						_ _ _ _ _ _ _ , _ _
						_ _ _ _ _ _ _ , _ _
MONTANT TOTAL DES DEPENSES DE REMUNERATION						_ _ _ _ _ _ _ , _ _

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures

Autres frais supportés par le demandeur (frais de déplacement, restauration, hébergement)

Nature de la dépense	Cocher la case si dépense forfaitisée	Justificatif joint	Identifiant justificatif (préciser le type de justificatifs)	Montant HT	Montant TTC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ , _ _
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ , _ _
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ , _ _
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ , _ _
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ , _ _
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ , _ _
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_ _ _ _ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ , _ _
TOTAL				_ _ _ _ _ _ _ , _ _ €	

LISTE DES PIÈCES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE PAIEMENT

Pièces	Type de demandeur concerné / type de projet concerné	Pièce jointe	Pièce déjà fournie à la Dir des fonds européens	Sans objet
Exemplaire original du présent formulaire de demande de paiement complété et signé	tous	<input type="checkbox"/>		
Pièces justificatives des dépenses réalisées : - factures acquittées et visées par le fournisseur ou constructeur portant les mentions de date et moyen de règlement et la copie du relevé de compte - ou tableau récapitulatif tel que prévu par la notice	tous	<input type="checkbox"/>		
Relevé d'identité bancaire	tous	<input type="checkbox"/>		
Justificatif de la réalisation de la publicité	tous	<input type="checkbox"/>		
Si vous n'avez pas de N°SIRET, copie de la pièce d'identité	tous	<input type="checkbox"/>		
K-bis	Pour les personnes morales	<input type="checkbox"/>		
Exemplaire des statuts	Pour les personnes morales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration de début d'exécution de l'opération	A la première demande de paiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de fin d'exécution de l'opération	A la dernière demande de paiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'atteste (nous attestons) sur l'honneur :

- Que je n'ai (nous n'avons) pas sollicité pour le même projet et les mêmes investissements, une ou des aides autres que celles indiquées sur le présent formulaire de demande de paiement,
- L'exactitude des renseignements fournis dans le présent formulaire et les pièces jointes.

Certifié exact et sincère, le |__|_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Signature(s), qualité(s) et état(s) civil(s) du demandeur ou du représentant légal (*visé en page 1*)

Cachet du demandeur

Je suis informé(e) que l'ensemble des informations recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de mon dossier de demande d'aide. Les destinataires des données sont l'Agence de services et de paiement (ASP), le Ministère de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt et la Région Martinique. Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant, je peux m'adresser à la Direction des fonds européens de la Collectivité Territoriale de Martinique.

Toutes les pages de ce formulaire doivent être présentes pour constituer une demande complète.