

DEPENSES ELIGIBLES REALISEES donnant lieu à des factures

Dépenses sur devis non proratisées

Poste de dépenses	Montant de la dépense 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'acquittement de la facture
	<input type="checkbox"/> HT	<input type="checkbox"/> TTC ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> HT	<input type="checkbox"/> TTC ⁽²⁾	TVA npr				
			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"/>						
TOTAL									

⁽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).

Frais salariaux prévisionnels supportés par le demandeur

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"/>		____ ____ ____	____ ____ ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		____ ____ ____	____ ____ ____
TOTAL				____ ____ ____ €	

