ANNEXE 1 : DEPENSES FAISANT L'OBJ	ET D'UNE FACTUI	RATION (avec ou sans p	roratisation)					
							version: 29/03/2018	
Bénéficiaire :								
Intitulé du projet :								
Nº Osiris								
								Cadre réservé à l'administration
Description de la dépense	Fournisseur	Identifiant de la facture (numéro, référence etc.)	Date d'émission de la facture	Date d'acquittement de la facture	Montant HT de la facture (a)	Montant de la TVA de la facture* (b)	Montant réellement supporté (a)+(b)	Application d'un prorata
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
							€	
TOTAL					€			
TOTAL	t	TI/A navy vatua musiat /af		tion /décision d'attuile.	_	€	€	
* à compléter uniquement si le Service Insi Je certifie que les dépenses figurant dans ce récapitu la subvention, et n'ont fait l'objet d'aucune remise, ra n'a pas été revendu. Certifié exact et sincère, le (date) : Nom, prénom du comptable public ou par u structure : Cachet et signature :	ılatif ont été réellement . abais, ristourne, ou avoir	supportées par la structure qui de r. En cas d'acquisition de matériel, 	emande le paiement de , je certifie que celui-ci	Certifié exact et si Nom, prénom du <u>I</u>	ncère, le (date) :	tructure :		
Cachet et signature :				Cachet et signatur	re:			

ANNEXE 2A : DEPENSES DE REMUNERATION ET COÛTS INDIRECTS									
Demandeur :					0				
Intitulé du projet :					0				
N°Osiris :					0				
a) Frais de rémunération				Temps de					
Description de l'intervention (type de mission)	Nom de l'intervenant	Qualification de l'intervenant	Coût salarial (salaire brut + charges patronales) sur la période de référence	travail (en heures) sur la période de référence	Temps de travail (en heures) consacré au projet	Date de début d'intervention*	Date de fin d'intervention*	Fiche de paie ou autre justificatif joint	Coût salarial réellement supporté sur le projet
			(a)	(c)	(b)				(a x b/c)
									€
									€
									€
									€
									€
									€
									€
									€
									€
									€
									€
									€
									€
									€
			TOTAL						€
* se référer à la notice du formulaire pour connaître la manière de renseigner la date de début d'intervention et la date de fin d'intervention b) Coûts indirects sollicités le cas échéant Forfait de 15% des dépenses de rémunération éligibles. Se référer à la notice de ce formulaire ou à votre convention pour savoir dans quels cas ces éléments sont à déclarer.									
Montant coûts indirects :	Montant coûts indirects : - €								
Je certifie que les dépenses figurant dans ce récapitulatif ont été réellement supportées par la structure qui demande le paiement de la subvention et que les <u>charges sociales</u> afférentes aux dépenses de personnel ont bien été acquittées avant la date de fin d'éligibilité mentionnée dans l'engagement juridique. Certifié exact et sincère, le (date) :									
Certifié exact et sincère, le (date) :									
Cachet et signature :				Cache	et et signature :				

tructure : lom et prénom o onction de l'age ntitulé de l'opér	ent :			
our lundi)	Date (JJ/MM/AAAA)	Détails des FEADER	missions/tâches réalisées sur l'opération éligible au	Nombre d'heures correspondantes
		тот	AL	
Certifié sincère et exact, le : Signature de l'agent			Certifié sincère et exact, le : Nom et prénom du responsable hiérarchique :	
			Signature du responsable hiérarchique :	

Date:

Signature agent :

Nom, prénom du responsable hiérarchique et signature

Nam da l'acant	Constian de llegert	Nambro do jours in élicibles	Motif dlipáliaibilité
Nom de l'agent	Fonction de l'agent	Nombre de jours inéligibles	Motif d'inéligibilité
NB à remplir pour les sa	lariés dont l'activité est exclusivem	ent consacrée à l'opération	
Certifié exact et sincère	e, le (date) :		
Nom, prenom du repre	<u>ésentant de la structure</u> :		
O.,-lik4 .			
Qualite :			
Cachet et signature :			

ANNEXE 2C: DOCUMENT DE SUIVI DES JOURS INELIGIBLES SUR L'OPERATION

Structure :

Intitulé de l'opération:

ANNEXE 3 : ETAT DES AIDES PUBLIQUES RECUES (uniquement pour les structures publiques ayant un comptable public) Bénéficiaire : 0 0 Intitulé du projet : N° OSIRIS 0 cadre réservé à l'administration Montant des subventions Montant des subventions Objet de liées aux dépenses liées aux dépenses Date du titre de Nom du financeur N° du titre de recette Date d'encaissement | Montant de l'encaissement l'encaissement n'entrant pas dans Recette entrant dans l'assiette (acompte/solde) **FEADER** l'assiette FEADER Certifié exact et sincère à ______, le (date) : _____ Libellé, cachet et signature du comptable public : ______

Bénéficiaire : Intitulé du projet : N° OSIRIS				
				_
Description de la recette	Date d'émission	Date d'encaissement	Montant HT	
	TOTAL			
Certifié exact et sincère, le (date) :				Certifié exact et sincère, le (date) :
Nom, prénom du comptable public ou par un expert-comptable (ou commissaire aux				Nom, prénom du <u>représentant de la structure</u> :
comptes) de la structure :				Qualité :
Cachet et signature :			Cachet et signature :	

ANNEXE 4 : RECETTES GENEREES AU COURS DE L'OPERATION (A DECLARER AU MOMENT DE LA DERNIERE DEMANDE DE PAIEMENT)