

FORMULAIRE DE CONFIRMATION DU RESPECT DES RÈGLES DE LA COMMANDE PUBLIQUE

Plan Stratégique National – Programmation FEADER 2023-2027

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE ET DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Nature du demandeur :

Si « Autres », veuillez préciser :

N° SIRET (attribué par l'INSEE lors de l'inscription au répertoire national des entreprises) :

Statut juridique (*exploitation individuelle, GAEC, EARL, SCEA, SARL, SA, SCI, établissement public, association loi 1901, collectivité, groupement de communes, prestataires privés, autres...*) :

Votre raison sociale ou appellation commerciale (le cas échéant) :

Nom du représentant légal :

Prénom du représentant légal :

Fonction du représentant légal :

IDENTIFICATION DE L'OPÉRATION FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE D'AIDE FEADER

Code du dispositif d'aide :

Intitulé de l'opération :

Je suis informé(e) que la date du commencement du marché public doit être postérieure à la date autorisée pour le commencement de l'opération FEADER telle que définie dans la notice explicative du dispositif d'aide dans le cadre duquel je dépose une demande. A défaut, les dépenses antérieures à la date autorisée seront considérées comme inéligibles au titre du FEADER.

Pour votre information, la date de commencement du marché public constitue un commencement d'exécution de l'opération FEADER.

Je m'engage à respecter à tout moment les règles de la commande publique pour tous les marchés nécessaires pour la réalisation de l'opération identifiée ci-dessus, pour laquelle j'ai demandé une aide FEADER. *Ce(s) marché(s) est (sont) décrit(s) dans le(s) tableau(x) ci-dessous.*

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE PAIEMENT

Existe-t-il plusieurs marchés publics pour la réalisation de cette opération ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir ce formulaire pour chaque marché :

N° du marché :

Objet du marché :

Montant du marché (€) : €

Type de marché :

Si « Autres », veuillez précisez :

Nature de marché :

Si « Autres », veuillez précisez :

Procédure de passation :

Publicité :

Allotissement : Oui Non Si « Non » Pourquoi ? :

Date de transmission au contrôle de légalité (si nécessaire) : / /

Certifié exact, fait à : Le :

Nom, Prénom, qualité et signature du représentant légal de la structure	Cache du demandeur
--	--------------------