ANNEXE DU FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE COMPLEMENTAIRE_Cerfa N°15543*01

PARTIE 1 - IDENTIFICATION DEMANDEUR

Identification du demandeur (chef de file)	
Dénomination sociale / Raison sociale	
NOM et Prénom du responsable de projet	

Identification du projet	
Libellé du projet	

RAPPEL DES PARTENAIRES (Opération collaborative)

Informations requises du partenaire n°1		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°2		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°3		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°4		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°5		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°6		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°7		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°8		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°9		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°10		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°11		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°12		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°13		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°14		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

l'Europe s'engage en France avec le FEADER

UNION EUROPÉENNE
Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural : l'Europe investit dans les zones rurales

RéseauRural Français 2014 - 2020

cerfa

ANNEXE DU FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE COMPLEMENTAIRE_Cerfa N°15543*01

Informations requises du partenaire n°15		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°16		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°17		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°18		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°19		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Informations requises du partenaire n°20		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°21		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°22		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°23		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°24		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		
Informations requises du partenaire n°25		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
N° SIRET (si changement)		
Nom et prénom du représentant légal (si changement)		

IDENTIFICATION NOUVEAUX PARTENAIRES (Opération collaborative)

Informations requises du nouveau partenaire n°1		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°2		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)

ANNEXE DU FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE COMPLEMENTAIRE_Cerfa N°15543*01

Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°3		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°4		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°5		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

ANNEXE DU FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE COMPLEMENTAIRE_Cerfa N°15543*01

Informations requises du nouveau partenaire n°6		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°7		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°8		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

ANNEXE DU FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE COMPLEMENTAIRE_Cerfa N°15543*01

Informations requises du nouveau partenaire n°9		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°10		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°11		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°12		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)

ANNEXE DU FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE COMPLEMENTAIRE_Cerfa N°15543*01

Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°13		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°14		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Informations requises du nouveau partenaire n°15		
Dénomination sociale / Raison sociale		(à compléter)
Forme juridique		(liste déroulante)
Si Autre, précisez		(à préciser le cas échéant)
N° SIRET		(à compléter)
Nombre d'ETP permanent(s)		(à compléter)
Nom et prénom du représentant légal de la structure		(à compléter)
Fonction du représentant légal		(à compléter)
Adresse du siège		(à compléter)
Code Postal		(à compléter)
Commune		(à compléter)
Coordonnées téléphoniques		(à compléter)
Adresse mel		(à compléter)
Responsable du suivi de projet		(à compléter)
Délégation de signature prévue dans les statuts / acte juridique		(liste déroulante)
Date de prise d'effet de la délégation de signature		(à compléter)
Personne ayant délégation de signature du représentant légal		(à compléter)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

l'Europe s'engage en France avec le FEADER

UNION EUROPÉENNE

Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural : l'Europe investit dans les zones rurales

RéseauRural Français 2014 - 2020

cerfa

ANNEXE DU FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE COMPLEMENTAIRE_Cerfa N°15543*01

PARTIE 2 – DEPENSES PREVISIONNELLES

Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA)			
	Dénomination sociale / Raison sociale	Votre situation au regard de la TVA (liste)	
Demandeur / Chef de file		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°1		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°2		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°3		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°4		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°5		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°6		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°7		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°8		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°9		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°10		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°11		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°12		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°13		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°14		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°15		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°16		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°17		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°18		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°19		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°20		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°21		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°22		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°23		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°24		Précisez SVP	(liste déroulante)
Partenaire n°25		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°1		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°2		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°3		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°4		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°5		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°6		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°7		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°8		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°9		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°10		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°11		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°12		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°13		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°14		Précisez SVP	(liste déroulante)
Nouveau partenaire n°15		Précisez SVP	(liste déroulante)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

l'Europe s'engage en France avec le FEADER

UNION EUROPÉENNE

Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural :
l'Europe investit dans les zones rurales

RéseauRural Français 2014 - 2020

cerfa

DEPENSES SUR DEVIS								
Dénomination demandeur chef de file / partenaire(s)	Objet de la dépense	Dénomination du fournisseur	Descriptif de la dépense	Nature du justificatif	Montant HT présenté	Montant TVA présenté	Montant TTC ou réel présenté	Observations / Détails
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
							0,00 €	
					0,00 €	**0,00 €**	**0,00 €**	

DEPENSES DIRECTES DE PERSONNEL										
Dénomination demandeur chef de file / partenaire(s)	Description de l'intervention	Nom de l'intervenant	Qualification de l'intervenant	Période d'intervention	Quotité de temps de travail (à titre informatif)	Nombre de jours travaillés par an dans la structure **(a)**	Coûts salariaux Année N-1 **(b)**	Nombre de jours consacrés au projet **(c)**	Montant présenté **(b / a) x c**	Observations / Détails
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
					100%	228			0,00 €	
							0,00 €	**0,0**	**0,00 €**	

Demandez-vous à ce que soient financés vos coûts indirects dans la limite de 15 % des dépenses directes de personnel ?	Oui
Si oui, part représentée à ce titre	-

FRAIS PROFESSIONNELS							
Dénomination demandeur chef de file / partenaire(s)	Objet de la dépense	Nom de l'intervenant	Description de la dépense	Montant HT présenté	Montant TVA présenté	Montant TTC ou réel présenté	Observations / Détails
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
						0,00 €	
				0,00 €	**0,00 €**	**0,00 €**	

SYNTHESE DES DEPENSES PREVISIONNELLES PRESENTEES AU TITRE DE LA DEMANDE D'AIDE				
Poste de dépenses	**Montant HT**	**Montant TTC**	**Montant total présenté**	**Part poste de dépense**
Dépenses sur devis	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00%
Dépenses directes de personnel	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00%
Dépenses indirectes	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00%
Frais professionnels	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00%
TOTAL	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0%**







Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural :
l'Europe investit dans les zones rurales





SYNTHESE DES DEPENSES PREVISIONNELLES PRESENTEES PAR STRUCTURE					
Dénomination structure	**Dépenses sur devis**	**Dépenses directes de personnel**	**Dépenses indirectes**	**Frais professionnels**	**Montant total présenté**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	**0,00 €**
TOTAL	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**



ANNEXE DU FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE COMPLEMENTAIRE_Cerfa N°15543*01

PARTIE 3 – RESSOURCES PREVISIONNELLES

RESSOURCE	Dénomination financeur *	Structure (chef de file / partenaire) apportant la ressource	MONTANT	Taux d'intervention sur le budget total
AUTOFINANCEMENT				0%
CONTRIBUTION PRIVEE 1				0%
CONTRIBUTION PRIVEE 2				0%
CONTRIBUTION PRIVEE 3				0%
CONTRIBUTION PRIVEE 4				0%
CONTRIBUTION PRIVEE 5				0%
CONTRIBUTION PRIVEE 6				0%
CONTRIBUTION PRIVEE 7				0%
CONTRIBUTION PRIVEE 8				0%
CONTRIBUTION PRIVEE 9				0%
CONTRIBUTION PRIVEE 10				0%
AUTRE PUBLIC 1				0%
AUTRE PUBLIC 2				0%
AUTRE PUBLIC 3				0%
AUTRE PUBLIC 4				0%
AUTRE PUBLIC 5				0%
AUTRE PUBLIC 6				0%
AUTRE PUBLIC 7				0%
AUTRE PUBLIC 8				0%
AUTRE PUBLIC 9				0%
AUTRE PUBLIC 10				0%
AUTRE PUBLIC 11				0%
AUTRE PUBLIC 12				0%
AUTRE PUBLIC 13				0%
AUTRE PUBLIC 14				0%
AUTRE PUBLIC 15				0%
AUTRE PUBLIC 16				0%
AUTRE PUBLIC 17				0%
AUTRE PUBLIC 18				0%
AUTRE PUBLIC 19				0%
AUTRE PUBLIC 20				0%
AUTRE PUBLIC 21				0%
AUTRE PUBLIC 22				0%
AUTRE PUBLIC 23				0%
AUTRE PUBLIC 24				0%
AUTRE PUBLIC 25				0%
AUTRE PUBLIC 26				0%
AUTRE PUBLIC 27				0%
AUTRE PUBLIC 28				0%
AUTRE PUBLIC 29				0%
AUTRE PUBLIC 30				0%
AUTRE PUBLIC 31				0%
AUTRE PUBLIC 32				0%
AUTRE PUBLIC 33				0%
AUTRE PUBLIC 34				0%
AUTRE PUBLIC 35				0%
Crédits Etat RRN **				0%
UE - FEADER				0%
TOTAL			**0,00 €**	0%

* Par exemple : Fondation XXX - CASDAR – Autofinancement public ...
** Les crédits Etat RRN (MAAF – CGET) ne peuvent pas être nuls

Respect des 20 % d'autofinancement	**Oui / Non**
Respect du taux d'intervention FEADER	**Oui / Non**
Equilibre du plan de financement (Dépenses = Ressources)	**Oui / Non**

Ressources publiques totales = Dépenses prévisionnelles totales - Autofinancement net (20%) - Contributions privées	**XX XXX,XX**
FEADER = Ressources publiques totales x 53 %	**XX XXX,XX**
Crédits Etat "RRN" = crédits MAAF + CGET = Ressources publiques totales - Autres financeurs publiques - FEADER	**XX XXX,XX**

ANNEXE DU FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE COMPLEMENTAIRE_Cerfa N°15543*01

PARTIE 4 – PIECES JUSTIFICATIVES

PIECES JUSTIFICATIVES	[illegible]	
Pour tous les demandeurs		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
Pour les entreprises		
[illegible]		
Pour les associations		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
Pour les Groupements d'Intérêt Public (GIP)		
[illegible]		

