ANNEXE 1 : DEMANDE DE PAIEMENT AU TITRE DU PROGRAMME :

ETAT RECAPITULATIF DES MONTANTS D'INDEMNITES VERSES AUX AGRICULTEURS

N°	DEPARTEMENT	COMMUNE	N°PACAGE	N°SIRET	RAISON SOCIALE	NOM	PRENOM	AGRICULTEUR AFFILIE A LA SECTION COMMUNE (OUI / NON)	AGRICULTEUR AFFILIE A LA SECTION SPECIALISEE (OUI / NON)	PERTE CALCULEE	TAUX DE PERTE CALCULE	MONTANT VERSE	DATE DE VERSEMENT	REFERENCE VERSEMENT
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
										- €		- €		

OUI
NON