

PRESTATAIRE RÉALISATEUR DU DIAGNOSTIC

Raison sociale : _____
Adresse : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ; |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fixe *Mobile*
Mél : _____

AUDITEUR RÉALISANT LE DIAGNOSTIC

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ; |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fixe *Mobile*
Mél : _____

TYPES DE DIAGNOSTIC POUR LEQUEL L'AIDE EST DEMANDÉE

Plusieurs choix sont possibles :

- Stratégie commerciale Organisation interne
 Adéquation de la production avec les marchés Structuration
 Ressources humaines Meilleure connaissance et meilleur suivi du sociétariat de la COOP
 Projet de rachat d'absorption d'une entreprise de négoce

PLAN DE FINANCEMENT

	Montant (€)	Part (%)	Taux et durée des prêts
Coût total de l'audit		100 %	
Autofinancement			
Prêts			
FranceAgriMer			
AUTRE(S) FINANCEMENT(S)			
Région			
Département			
FEADER			
Autre (à préciser)			

MENTIONS LÉGALES

Je suis informé que conformément au règlement (CE) n° 259/2008 qui impose aux États membres la publication des montants versés aux bénéficiaires des aides financées par le FEAGA et le FEADER, toute demande d'aide conduira à la collecte d'informations nominatives me concernant et que mes nom/raison sociale, commune de résidence/siège social, code postal et le montant net des aides perçues feront l'objet d'une publication annuelle. Je suis par ailleurs informé que les informations publiées pourront être traitées par les organes des Communautés et des États membres compétents en matière d'audit et d'enquête. Les informations publiées seront consultables sur un site WEB unique dédié (<http://agriculture.gouv.fr/beneficiaires-pac>) pendant une durée de deux ans. La loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et en particulier ses articles 39 et 40, s'applique à cette publication et me donne droit d'accès et de rectification pour les données me concernant, en m'adressant à la direction gestionnaire.

ÉTAT DES LIEUX

Indiquez l'état des lieux détaillé de la situation et de la problématique à l'origine de l'audit.
Vous avez la possibilité d'ajouter une feuille libre si cet emplacement ne suffit pas.

ENGAGEMENTS DU DEMANDEUR

Je soussigné (e) : _____

- Atteste ne pas avoir sollicité d'aide pour le financement du diagnostic autres que celles mentionnées au plan de financement.
- M'engage en cas d'acceptation de la présente demande, à informer FranceAgriMer, dans les huit jours par lettre recommandée avec AR, de toute cessation d'activité, d'ouverture d'une procédure collective et de toute modification de structure ou de capital.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande.

Fait à _____, le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Signature :

PIÈCES À JOINDRE

Pièces	Format	Pièce jointe	Sans objet
Formulaire de demande d'aide complété et signé.	1 copie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R.I.B.	1 copie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche descriptive de la coopérative avec le cas échéant, les justificatifs prouvant l'accompagnement de nouveaux installés (cf. annexe 1 de la décision de la Directrice Générale).	1 copie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 devis détaillés de deux prestataires distincts accompagnés d'une note expliquant les raisons du choix entre les prestataires.	1 copie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K-BIS de moins de 3 mois du prestataire d'audit réalisant le diagnostic.	1 copie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liste des travaux exécutés par le prestataire d'audit au cours des cinq dernières années avec indication succincte des suites données à ces études assortie d'un engagement sur l'honneur de la bonne réalisation des travaux.	1 copie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum vitae et diplômes de l'auditeur qui réalisera le diagnostic.	1 copie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statuts du prestataire.	1 copie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION A L'USAGE DE FRANCEAGRIMER – NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

N° DOSSIER : _____ DATE DE RÉCEPTION : ____ / ____ / ____