

9



Fundo Baixo Sabor

PEDIDO DE PAGAMENTO

Pagamento reembolso nº		Código Operação:		Data ___/___/___ (dd/mm/aaaa)
Adiantamento nº		Eixo Estratégico:		
Regularização de Adiantamento nº		É o último pedido de pagamento da Operação:		
		Sim		Não

1. Dados do Beneficiário			
Identificação do Beneficiário:			
N.º Identificação Fiscal:		Email de contacto:	

2. Designação da Operação	3. Tipo de Contabilidade		
	Organizada	Regime simplificado	

4. Valores do Pedido de Pagamento				
Montante Elegível				
IRS retido (*)				
Montante de ajuda				
(por extenso)	_____			
(*) Só aplicável no pagamento de despesas de Pessoal ou Honorários de Organismos Públicos sem autonomia financeira				

5. Declaração	
O projeto referenciado respeita as condições definidas para a concessão de um adiantamento (a preencher apenas nos pedidos de adiantamento).	
Anexa digitalização dos documentos comprovativos da efetiva aplicação do fundo e cujo recapitulativo com ____ folhas se encontra anexo a este Pedido de Pagamento e declara que os mesmos estão conforme o original.	
Está na posse dos documentos comprovativos das despesas com os trabalhos efetuados e cujo recapitulativo com ____ folhas se encontra anexo a este Pedido de Pagamento	
Os montantes dispendidos foram corretamente aplicados e encontram-se em conformidade com o projeto de investimento aprovado	
Anexa certidões da Segurança Social e das Finanças, comprovativas da situação regularizada perante aquelas entidades, ou anexa autorização de consulta ao serviço "Segurança Social Direta" e "Declarações Eletrónicas da Autoridade Tributária"	
Anexa credencial do INSCOOP (se for o caso)	
Declaro ter conhecimento das condições legais da atribuição dos apoios a que me candidato e confirmo os dados constantes do presente pedido. Tenho ainda conhecimento que todo e qualquer pagamento dos apoios será sob reserva da sua revogação e sob condição de verificação posterior, nos termos da legislação nacional / requisitos de elegibilidade do direito ao respetivo apoio. Mais declaro que todos os dados inscritos no presente pedido de pagamento são verdadeiros e deles tomei conhecimento.	

Assinatura do beneficiário _____

A preencher pela Entidade recetora	
Data de receção	___/___/___
Assinatura	

