# ANNEXE

## CONVENTION DE MANDAT DE PAIEMENT
## AIDE DE L'ÉTAT AU SUIVI TECHNICO-ÉCONOMIQUE DE L'EXPLOITATION AGRICOLE

**CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

N° OSIRIS : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ; DATE DE RÉCEPTION : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

**Je soussigné (e),**

**IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE (MANDANT) (A)**

NOM : _____ ; Prénom (s) : _____

Né le : _____ ; à : _____

Adresse:_____

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : _____

**Si représentant légal d'une personne morale :**

Représentant légal de : _____

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse siège social :_____

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : _____

N° DOSSIER OSIRIS (à défaut, date de dépôt de dossier) :_____

**1/ donne mandat à :**

**IDENTIFICATION DU MANDATAIRE (B)**

**Personne morale :**

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Raison sociale :_____

Nom/Prénom du représentant légal :_____

Adresse :_____

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : _____

**Personne physique :**

NOM : _____ ; Prénom (s) : _____

Né le : _____ ; à : _____

Adresse :_____

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : _____

**pour recevoir en mon nom, sur son compte (préciser le n° IBAN) :**

|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**l'aide au suivi technico-économique de mon exploitation agricole, consistant en une prise en charge par l'État des frais de réalisation du suivi technico-économique à hauteur de 80 % du coût de la prestation et dans la limite d'un montant éligible de 1000 € HT, soit une subvention maximale de l'État de 800 €.**

**2/ reconnais, dans l'hypothèse où la décision d'octroi fait référence à un autre organisme mandataire pour une même prise en charge, que l'organisme mentionné ci-dessus annule et remplace l'organisme figurant dans la décision d'octroi.**

**3/ demeure responsable de l'ensemble des engagements relatifs à l'aide précisée ci-dessus, notamment du remboursement des sommes indûment perçues.**
**En cas de résiliation du présent mandat par l'une ou l'autre des parties, celle-ci devra être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au service instructeur de la demande ainsi qu'à l'Agent Comptable de l'ASP (Agence de services et de paiement, 2 rue du Maupas, 87 040 Limoges Cedex). Cette résiliation prendra effet huit jours après la date de réception de la résiliation.**

Signature du mandant (A)

*A faire précéder de la mention*
*« Lu et approuvé, bon pour pouvoir »*

Date :_____

Signature du mandataire (B)

*A faire précéder de la mention*
*« Lu et approuvé, bon pour acceptation »*

Date : _____

***Il est rappelé que le mandat est personnel. Il n'est ni cessible ni transmissible.***

| PIÈCES À FOURNIR | | | |
|---|---|---|---|
| **Pièces** | **Type de demandeur concerné / type de projet concerné** | **Pièce jointe** | **Pièce déjà fournie** |
| Le présent mandat complété et signé | Tous | ☐ | |
| Copie de la pièce d'identité du mandataire ou de son représentant | Tous | ☐ | ☐ |
| Délégation de signature du représentant du mandataire | En cas de délégation de signature du mandataire | ☐ | ☐ |
| Le RIB (IBAN-BIC) sur lequel le virement doit être effectué | Tous | ☐ | ☐ |
| Les statuts pour les GAEC et les associations (ou procès-verbal d'assemblée générale pour ces dernières) | Pour les personnes morales | ☐ | ☐ |
| Les pouvoirs, le cas échéant | Pour les personnes morales (mandataire) | ☐ | ☐ |