PRILOGA 3:

REPUBLIKA SLOVENIJA Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano

AGENCIJA REPUBLIKE SLOVENIJE
ZA KMETIJSKE TRGE IN RAZVOJ PODEŽELJA
Dunajska 160, 1000 Ljubljana

Zahtevek za
DELNO PLAČILO PODPORE ES

PODATKI O VLOŽNIKU:

Naziv: _____

Matična številka: | | | | | | | | ***Davčna številka (ID):*** | | | | | | | | |

Naslov: _____

Osebno ime odgovorne osebe: _____

Telefon: _____ ***e-pošta*** _____

Leto potrditve operativnega programa: _____ ***Dolžina potrjenega operativnega programa:*** _____

Spremembe operativnega programa (datum spremembe):

PODATKI O DELNEM PLAČILU:

Delno plačilo se nanaša na obdobje:

☐ ***januar/februar/marec*** ☐ ***april/maj/junij*** ☐ ***julij/avgust/september***

Stroški pri izvajanju operativnega programa za zadevno obdobje:

Št. ukrepa	*Opis odobrenega ukrepa*	*Dejanski stroški za obdobje*
	SKUPAJ:	

Ime in priimek pooblaščene osebe (s tiskanimi črkami): _____

Datum: _____

_____

Žig in podpis