

|  |
| --- |
| **Crise scolytes – Achat de bois scolyté - Avance remboursable** **aux entreprises de première transformation du bois** |

**DOSSIER DE DEMANDE D’AIDE**

|  |
| --- |
| Nom de l’entreprise :  |
| Nom et fonction de la personne contact :  |
| Téléphone : |
| Mél : |
| Semestre considéré pour les factures présentées (barrer les semestres non concernés) :* 1er juillet – 31 décembre 2018
* 1er janvier – 30 juin 2019
* 1er juillet – 31 décembre 2019
* 1er janvier – 30 juin 2020
* 1er juillet – 31 décembre 2020
 |

**A- COMPOSITION DU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | Le présent dossier complété et signé |[ ]
| **2.** | Transmettre les éléments complémentaires suivants : |
|  | → 2 derniers bilans et comptes de résultat  |[ ]
|  | → un extrait Kbis  |[ ]
|  | → une copie des statuts  |[ ]
|  | → un RIB  |[ ]
|  | → les justificatifs d’achat de bois scolytés sur le semestre visé :* Factures avec mention « scolytés »
* Factures associées à un procès-verbal de réception de bois scolytés
* Factures associées à un contrat de gré à gré de bois scolytés
* Factures de travaux d’exploitation forestière associées à un lot identifié comme scolyté
 |[ ]
|  | → tableau récapitulatif des dépenses (p 4) |  |
|  | → certificat d’adhésion à un programme de certification de la chaîne de contrôle (PEFC, FSC ou tout autre organisme certificateur équivalent) |[ ]

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

 |

**B- TRANSMISSION DU DOSSIER DE DEMANDE D’AIDE**

Dossier à renvoyer complété, signé et annexé des documents demandés à l’adresse suivante :

**Région Grand Est**

A l’attention de Margaux LEBECQUE

Place Gabriel Hocquard

CS 81 0004

57 000 METZ CEDEX 1

Contact téléphonique : +33 (0)3 87 54 32 47

Pour toute information complémentaire sur l’avance remboursable et sur la crise scolyte en général, vous pouvez vous adresser à **FIBOIS Grand Est** : 03.83.37.54.64 (site de Heillecourt), 03.88.19.17.19 (site de Strasbourg), 09.65.30.99.18 (site de Châlons-en-Champagne)

*Ce dossier est* ***CONFIDENTIEL****. Il est à usage exclusif des services du Conseil Régional Grand Est.*

*Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), la Région Grand Est s’engage à protéger la confidentialité de vos données personnelles (nom, fonction, téléphones, courriel) ; ces dernières seront exclusivement utilisées pour la gestion de votre dossier et pour l’envoi par la Région de lettres d’informations et d’invitations relatives à l’action économique du Grand Est. Vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement et d’opposition aux informations qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à* *restructurationetretournement@grandest.fr*

1. **PRESENTATION DE L’ENTREPRISE**
	1. **FICHE D’IDENTITE DE L’ENTREPRISE**

|  |
| --- |
| 1. **IDENTITE DE L’ENTREPRISE**
 |
| Raison Sociale*(inscription KBIS)* |  |
| Forme juridique | [ ]  SA [ ]  SAS [ ]  SARL [ ]  EURL[ ]  SCOP [ ] SCIC [ ]  Entreprise Individuelle [ ]  CAE[ ]  Autre (à préciser) : |
| Adresse de l’établissement demandeur : |  |
|  N° et Rue |  |
|  CP |  |
|  Commune |  |
| Adresse du siège social si différent : |  |
|  N° et Rue |  |
|  CP |  |
|  Commune |  |
| Téléphone |  |
| Mél |  |
| Site web |  |
| Immatriculation | Date : [ ]  CMA [ ]  CCI [ ]  Autre : |
| N° SIRET de l’établissement |  |
| 1. **SECTEUR D’ACTIVITE**
 |
| Code APE/ NACE |  |
| 1. **RESPONSABLE LEGAL**
 |
| Nom et Prénom |  |
| Fonction |  |
| Date de naissance |  |
| Téléphone fixe |  |
| Téléphone portable |  |
| Mél |  |
| 1. **PERSONNE A CONTACTER (si différente du responsable légal)**
 |
| Nom et Prénom |  |
| Fonction |  |
| Téléphone fixe |  |
| Téléphone portable |  |
| Mél |  |
| 1. **STRUCTURE DE L’ENTREPRISE**
 |
| Montant du capital social en € |  |
| Dont montant libéré |  |
| Nom des actionnairesou associés*(10 principaux actionnaires*) | Nom des associés | % de détention |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Parts détenues dans d’autres entreprises |  |
| L’entreprise appartient-elle à un groupe ? | [ ]  OUI [ ]  NONSi OUI, lequel ?.....................* joindre le Kbis et l’organigramme du groupe (CA, total bilan et effectif de chaque entreprise)
 |
| Effectif à la date de la demande |  |

* 1. **ACTIVITES ET DEPENSES EN BOIS SCOLYTES**

|  |
| --- |
| 1. **APPROVISIONNEMENT**
 |
| 1. Quel volume avez-vous acheté :
* En 2017 :
* Toutes essences sauf Epicea : ………………………………………………………………………………………..…………………….
* Epicea : …………………………………………….…………Dont scolytés :………………………………………………………………..
* En 2018 :
* Toutes essences sauf Epicea : ………………………………………………………………………………………..…………………….
* Epicea : …………………………………………….…………Dont scolytés :………………………………………………………………..
* En 2019 :
* Toutes essences sauf Epicea : ………………………………………………………………………………………..…………………….
* Epicea : …………………………………………….…………Dont scolytés :………………………………………………………………..

**Approvisionnements 2018**1. Quelle a été la localisation de vos approvisionnements en 2018 ?

 Alsace, pour .................................................... % dont scolytés :………………….…………………………………% Champagne-Ardenne, pour ............................ % dont scolytés :………………………………………………………% Lorraine, pour .................................................. % dont scolytés :……………………………………………………% Franche-Comté, pour ............................................. % dont scolytés :………………..……………………………% Bourgogne, pour .................................................... % dont scolytés :………………………………………………% Autres régions françaises, pour ............................. % dont scolytés :………………………………………………% Etranger, pour ........................................................ % dont scolytés :………………………………………………% 1. Comment se répartit approximativement votre approvisionnement entre ces différents fournisseurs ?

 ONF (forêts communales et domaniales), pour …............. % Exploitants / négociants, pour ............................................ % Forêt privée (Coopératives, Experts, Particuliers, ...) pour ……………………………………% 1. Quelle est la part de votre approvisionnement en bois achetés :

Sous contrat d’approvisionnement, pour ….......................... %Sur pied, pour ....................................................................... %Autres (précisez………………………………………………………………………………………….), pour ………………………%**Approvisionnements 2019**1. Quelle a été la localisation de vos approvisionnements en 2019 ?

 Alsace, pour .................................................... % dont scolytés :………………….…………………………………% Champagne-Ardenne, pour ............................ % dont scolytés :………………………………………………………% Lorraine, pour .................................................. % dont scolytés :……………………………………………………% Franche-Comté, pour ............................................. % dont scolytés :………………..……………………………% Bourgogne, pour .................................................... % dont scolytés :………………………………………………% Autres régions françaises, pour ............................. % dont scolytés :………………………………………………% Etranger, pour ........................................................ % dont scolytés :………………………………………………% 1. Comment se répartit approximativement votre approvisionnement entre ces différents fournisseurs ?

 ONF (forêts communales et domaniales), pour …............. % Exploitants / négociants, pour ............................................ % Forêt privée (Coopératives, Experts, Particuliers, ...) pour ……………………………………% 1. Quelle est la part de votre approvisionnement en bois achetés :

Sous contrat d’approvisionnement, pour ….......................... %Sur pied, pour ....................................................................... %Autres (précisez………………………………………………………………………………………….), pour ………………………% |
|  |
| 1. **RECAPITULATIF DES FACTURES JOINTES AU DOSSIER (modèle à adapter sous format électronique)**
 |
|

|  |
| --- |
| **Factures avec mention « scolytés »** |
| *Fournisseur* | *Référence facture* | *Date de l’acquittement* | ***Montant (€ HT)*** | *Commentaire* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Factures associées à un procès-verbal de réception de bois scolytés** |
| *Fournisseur* | *Référence facture* | *Date de l’acquittement* | *Montant (€ HT)* | *Commentaire* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Factures associées à un contrat de gré à gré de bois scolytés** |
| *Fournisseur* | *Référence facture* | *Date de l’acquittement* | *Montant (€ HT)* | *Commentaire* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Factures de travaux d’exploitation forestière associées à un lot identifié comme scolyté** |
| *Fournisseur* | *Référence facture* | *Date de l’acquittement* | *Montant (€ HT)* | *Commentaire* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| **TOTAL GENERAL** |  |

 |

**C. PLAN DE FINANCEMENT GLOBAL**



1. **ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| *Je soussigné(e)* |  |
| *Agissant en qualité de* |  |
| *Représentant la société* |  |

*Sollicite une aide du Conseil régional Grand Est de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € pour l’acquisition de bois scolytés à hauteur de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €.*

*Certifie sur l’honneur que :*

* *l'ensemble des informations fournies dans ce présent dossier sont exactes ;*
* ***l'entreprise est en situation régulière vis-à-vis de ses obligations fiscales et sociales*** *;*
* ***l’entreprise n’est pas en procédure collective***;
* *l'entreprise s'engage à respecter la règlementation en vigueur dont les obligations seront retranscrites dans la convention de financement si le projet est soutenu ;*
* *l'entreprise et le groupe auquel elle appartient ne fait pas l'objet d'une procédure d'injonction de récupération d'aide illégale non exécutée (article 1 du RGEC) ;*

*Je m’engage à rembourser l’aide régionale attribuée dans un délai de :………………. ans (4 ans maximum incluant le différé de remboursement) avec une périodicité de remboursement de 4 mois.*

*Je sollicite un différé de remboursement de……………mois (1 an maximum) à compter de la date de la délibération d’attribution de l’aide.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Fait à* |  |
| *Le* |  |

|  |
| --- |
| Cachet et signature du porteur de projet (représentant légal ou délégué) : |
|  |