



Agence de
promotion économique
du Canada atlantique

Atlantic Canada
Opportunities
Agency

Canada

ATTESTATION DE PAIEMENT FINAL

NOM DU BÉNÉFICIAIRE :		N° DE PROJET :	
J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE :		OUI	NON
1.	les travaux ont été achevés avec succès conformément à l'Énoncé des travaux;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	le bénéficiaire a engagé et réclamé tous les coûts admissibles et a entièrement payé les fournisseurs;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	le projet a été achevé le _____ (AAAA/MM/JJ);		
4.	tous les coûts réclamés représentent la juste valeur marchande, déduction faite de tout remboursement ou de toute autre contrepartie accordée par les fournisseurs;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	il n'existe pas de réclamations ou de privilèges actuels ou éventuels qui pourraient mettre le projet en péril;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	toutes les modalités de l'entente de contribution ont été respectées, y compris les mesures de protection de l'environnement, le cas échéant;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	tes actifs du projet sont sur place (n'ont pas été cédés, n'ont pas été loués à d'autres parties ou n'ont pas cessé d'être utilisés dans les opérations du bénéficiaire);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI VOUS AVEZ ATTESTÉ <u>NON</u> À L'UN DES ÉNONCÉS CI-DESSUS , VEUILLEZ INDIQUER LE NUMÉRO DE L'ÉNONCÉ ET FOURNIR VOS COMMENTAIRES CI-DESSOUS.			
8.	Dans le cas de tout projet dont la contribution est de 100 000 \$ ou plus, et pour tous les projets du Fonds des collectivités innovatrices, indiquez toutes les sources de financement et les montants reçus, y compris les fonds reçus d'autres ministères, de municipalités, de sociétés d'État ou d'organismes.		
Je déclare solennellement que j'ai examiné l'entente de contribution visant le projet susmentionné et j'atteste que les réponses données ci-dessus sont vraies, sachant que cette déclaration a la même portée que si elle était faite sous serment et en vertu de la <i>Loi sur la preuve au Canada</i> .			
PERSONNE AUTORISÉE À SIGNER AU NOM DU BÉNÉFICIAIRE			
Signature :		Date :	
Nom du signataire et titre en lettres moulées :			