**Informations importantes**

Le demandeur peut demander la révision d’une décision rendue s’il juge qu’il y a eu, dans l’analyse de sa demande, une erreur basée sur des faits concernant une ou plusieurs raisons invoquées comme motif dans sa lettre de refus. Il est à noter que le dépôt de documents qui étaient manquants lors de la demande initiale n’est pas accepté comme raison d’appel.

* Le demandeur ou la personne autorisée doit utiliser le présent formulaire.
* Les décisions qui peuvent faire l’objet d’une demande de révision administrative sont les suivantes : non recevable – intégrité, non admissible et non retenue.
* La demande de révision doit être envoyée par courriel à pdm@mapaq.gouv.qc.ca dans les **30 jours ouvrables suivant la date de communication de la décision** en mentionnant « **Demande de révision » et en indiquant le numéro de dossier** dans l’objet.
* Un comité de révision, dont les membres n’ont pas pris part à la décision contestée, étudiera la demande d’appel. Celle-ci sera traitée par le comité dans un délai de 30 jours suivant sa réception.

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du programme :** | Programme de développement des marchés bioalimentaires |
| **Numéro de la demande :** |       |
| **Titre du projet :** |       |
| **Nom du demandeur :** |       |
| **Principal gestionnaire :** |       |
| **Adresse de correspondance** |       |
| **Adresse courriel** |       |
| **Numéro de téléphone** |       |

|  |
| --- |
| RAISON DE LA DEMANDE DE RÉVISION ADMINISTRATIVE D’UNE DÉCISION |

Dans la présente section, veuillez indiquer le ou les motifs de refus sur lesquels porte votre demande de révision. Pour chacun de ces motifs, veuillez expliquer les raisons pour lesquelles vous demandez une révision de la décision rendue.

En outre, s’il y a lieu, veuillez :

* indiquer dans quelle section l’élément en question est inscrit dans la demande d’aide initiale;
* transmettre l’ensemble vos pièces justificatives dans le même envoi;
* utiliser plus d’espace ou une copie de cette section s’il y a plus d’un motif.

|  |
| --- |
| **Motifs de refus contestés (tels qu’ils figurent sur la lettre de décision qui vous a été transmise)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Raison de la demande de révision** |
|  |

|  |
| --- |
| **S’il y a lieu, dressez la liste des documents fournis en pièces jointes pour appuyer votre demande** |
|  |

|  |
| --- |
| DÉCLARATION |

En signant le présent formulaire, je confirme que les renseignements fournis dans cette demande de révision administrative sont complets et véridiques et je m’engage à fournir aux représentants du Ministère toute l’information nécessaire à l’analyse de ma demande de révision.

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la demande de révision :** |       |
| **Signature du principal gestionnaire :** |  |
| **Signature du responsable du projet :** |  |

Veuillez faire parvenir la demande par courriel à pdm@mapaq.gouv.qc.ca.

Un accusé de réception sera envoyé dans les cinq jours suivants.