MÉDOC
HAUT-MÉDOC
LISTRAC-MÉDOC
Organisme de Défense et de Gestion des AOC

FORMULAIRE DE DEMANDE
DE MISE EN PLACE D'UN **ÉCHÉANCIER** DE PAIEMENT DE LA REVENDICATION EN AOC
RÉCOLTE 2026 (et VCI 2025 le cas échéant)

Raison Sociale : .....

EVV – CVI : .....

NOM Prénom (signataire) : .....

Fonction : ..... Mail (facturation) : .....

***joindre l'ensemble des chèques**

****Joindre la copie des ordres de virement | mettre votre n°CVI en référence**

IBAN ODG MEDOC HAUT-MEDOC LISTRAC-MEDOC : FR76 1330 6000 3400 2209 7300 160

Date d'encaissement	Montant correspondant	Type de paiement
15 / 11 / 2026		❑ chèque* ❑ virement**
15 / 12 / 2026		❑ chèque* ❑ virement**
15 / 01 / 2027		❑ chèque* ❑ virement**
15 / 02 / 2027		❑ chèque* ❑ virement**
15 / 03 / 2027		❑ chèque* ❑ virement**
15 / 04 / 2027		❑ chèque* ❑ virement**
15 / 05 / 2027		❑ chèque* ❑ virement**
15 / 06 / 2027		❑ chèque* ❑ virement**
L'échéancier ne peut pas dépasser le 15/06/2027		

Vous devez cocher les 4 cases pour l'étude de votre demande :

❑ Je m'engage à respecter l'échéancier ci-dessus en ayant **réglé au minimum 20% au 15 mars 2027**.

❑ Je joins **l'ensemble des chèques** ou copie des **ordres de virement**

❑ Je suis informé(e) qu'en cas de non-respect de l'échéancier engagé, mon dossier sera transmis à QualiBordeaux qui établira la constatation de manquement (DCC-Op2viti) et transmettra ce dernier à l'INAO pour l'application des **sanctions prévues dans les Dispositions de Contrôles de(s) AOC** que je revendique : Suspension d'Habilitation AOC pour toutes les activités de mon exploitation (pas de départ vrac, pas de rendu-mise, pas de conditionnement possible), et en cas de récidive, la sanction devient un Retrait d'Habilitation en AOC.

❑ Je suis informé(e) qu'en cas de non-respect de l'échéancier, je ne pourrai plus prétendre à ce dispositif d'aménagement de paiement durant les 2 années suivantes.

Pour l'exploitation :

Date :

Signature :

Pour l'ODG :

❑ demande acceptée ❑ demande refusée (en cas d'antécédent(s) confirmé(s) de non-respect des paiements)

Nom : Date :

Signature :