

 <p style="font-size: small;">Fonds Social Aide Sociale et Soins de Santé Square Saintelette 13-15 1 000 Bruxelles 02/229.20.24 asss@apefasbl.org</p>	<h2 style="margin: 0;">Déclaration de créance</h2>
---	--

Référence du projet	
Intitulé de l'action	

Le Fonds ASSS doit à l'institution la somme de €, correspondant (à l'avance / au solde / au montant total) du financement du projet ci-dessus et tel que défini entre le Fonds ASSS et l'institution.

Le montant est à verser sur le compte suivant :

Nom de l'institution	
Adresse de l'institution	
Numéro de compte IBAN	

Fait à		le	
--------	--	----	--

Signature de la personne responsable de l'institution

Nom :		Prénom :	
Fonction :		Signature :	