**Déclaration de créance bénéficiaire**

*A renvoyer à SPW Intérieur et Action sociale - Département Action sociale- Direction Action sociale*

*Avenue Gouverneur Bovesse, 100 à 5100 JAMBES (NAMUR)*

|  |
| --- |
| ***PARTIE 1 – A COMPLETER PAR LE BENEFICIAIRE*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objet de la subvention** | Subvention ANM 2024 agrément centre de service social |
| **Période de subventionnement** | du 01/01/2024 au 31/12/2024 |
| **Tranche de paiement** | Solde |
| **N° engagement juridique** | 500135844 |
| **Référence document** | 500135844-N° agrément |
| **Date document** | XX/XX/XXXX |

Je, soussigné(e), XXXXXXXXXX, agissant en qualité de XXXXXXXXXX, dûment mandaté(e) par l’organisme mentionné ci-dessous, déclare qu’un montant de :

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant à payer** | XXXXXXXXXX |
| **Montant en lettres** | XXXXXXXXXX |

|  |  |
| --- | --- |
| **doit être payé à** | |
| Numéro de Business Partner (identifiant SAP) | XXXXXXXX (n° spécifié dans le listing annexé) |
| Nom – Prénom/ dénomination | XXXX |
| Numéro TVA/BCE fournisseur | BEXXXXXXXXXXXXXX (sans espaces) |
| IBAN | BEXXXXXXXXXXXXXX (sans espaces) |

Certifié sincère et véritable, le XX/XX/XXXX

Signature(s)

|  |
| --- |
|  |