|  |  |
| --- | --- |
| **Institution:** |  |
| **Ort:** |  |
| **Bank- / Postverbindung:** | **Postkonto-Nr:** **IBAN:**  |

Gesundheits-, Sozial und Integrationsdirektion

Alters- und Behindertenamt

Rathausgasse 1

Postfach

3000 Bern 8

**Gesuch um eine Akontozahlung**

 **vom** **Datum**

**betreffend** **Prejekt**

Wir beantragen die Auszahlung von CHF

bewilligter Kantonsbeitrag: CHF

bereits erfolgte Zahlungen: **Datum** CHF

 **Datum** CHF

Information über den Stand der Arbeiten:

**Beilage**

Einzahlungsschein

**Datum:** Unterschrift und Stempel: