|  |  |
| --- | --- |
| **Institution :** |  |
| **Lieu :** |  |
| **Coordonnées postales/****bancaires:** | **N° de compte postale:** **IBAN:**  |

Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration

Office des personnes âgées et des personnes handicapées

Rathausgasse 1

Case postale

3000 Berne 8

**Demande de versement d’avances**

 **du** **date**

**concernant** **projet**

Nous demandons le versement de CHF      .

Subvention cantonale allouée : CHF

Versements effectués à ce jour : **date** CHF

 **date** CHF

Informations sur l’avancement des travaux :

**Annexe**: bulletin de versement

Date : Signature et tampon :