|  |
| --- |
|  |
|
|

**Institution :**

**Clôture des comptes**

**rapport sur les indemnités**

(à l’attention de la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne)

En vertu de l’article 8, alinéa 4 de la loi sur les subventions cantonales (LCSu ; RSB 641.1), le présent rapport sur les indemnités doit être rempli, signé et adressé à l’autorité compétente pour le versement des subventions cantonales par les entreprises dont plus de 50 pour cent des coûts globaux sont subventionnés par le canton ou qui reçoivent plus d’un million de francs de subventions par an.

**Sont exemptées** de cette obligation selon l’article 3a, alinéa 2 de l’ordonnance sur les subventions cantonales (OCSu ; RSB 641.111) les collectivités de droit public, y compris celles qui se sont associées, ainsi que les entreprises employant moins de 50 personnes.

Indemnités versées aux **membres de l’organe de gestion stratégique** (par personne)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom | CHF\* | Cumul de fonction (organe de gestion stratégique et direction) |
| Membre 1 |  | oui/non |
| Membre 2 |  | oui/non |
| Membre 3 |  | oui/non |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| *Total* |  |  | |

\* Traitement brut (13e salaire inclus / cotisations de l’employeur et allocations non comprises

Indemnités versées aux **membres de la direction opérationnelle**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | CHF\* | Taux d’occupation | Cumul de fonction (organe de gestion stratégique et direction) |
| Montant global |  |  | oui/non |
| Membre 1\*\* |  |  | oui/non |
| Membre 2\*\* |  |  | oui/non |
|  |  |  |  |

\* Traitement brut (13e salaire inclus / cotisations de l’employeur et allocations non comprises

\*\* indiquer les noms uniquement en cas de cumul de fonction

**Indemnité la plus élevée** **versée à un membre de la direction**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Montant le plus élevé | CHF\* | Taux d’occupation | Cumul de fonction (organe de gestion stratégique et direction) |
| Nom |  |  | oui/non |

\* Traitement brut (13e salaire inclus / cotisations de l’employeur et allocations non comprises

Signature de la direction :

Lieu, date : ………………………… ………………………………………………………

Signature de l’organisme responsable :

Lieu, date : ………………………… ………………………………………………………