

ATTESTATION

Nous, Membres de l'Association de fait :

dont les identités suivent :

1. Mme/Melle/Meur.....

Adresse :

2. Mme/Melle/Meur.....

Adresse :

déclarons accepter de recevoir les subventions destinées à l'association de fait précitée et assumer la responsabilité de l'emploi des subventions envers la Province de Luxembourg.

Le montant accordé peut être versé sur le compte suivant :

IBAN : BE

Date :/...../.....

Signatures :

1.

2.

À renvoyer à : Province de Luxembourg – Service Provincial Social et Santé – Interventions Sociales – Square Albert 1^{er}, 1 à 6700 ARLON.