

DEMANDE DE DECAISSEMENT PAR CHEQUE N°

DEPARTEMENT :

DEMANDEUR :

FONCTION :

BENEFICIAIRE :

Date et signature :

A- INFORMATIONS SUR LE DECAISSEMENT

DESCRIPTIONS	MONTANT	PROGRAMME/ BUDGET
TOTAL		

TOTAL EN LETTRES :

Chèque n°

A justifier au plus tard le :

B- AUTORISATIONS DE DECAISSEMENT

1- Vérifié par : M^{lle} Darline W. KIBONGUI

2- Approuvé par : M. Gilchrist KOUTOB

Responsable du Service Financier et Comp.

Directeur Régional

Date et Signature

Date et Signature