**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DES DÉPENSES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet :** |  |
| **Nom du promoteur :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION À REMPLIR PAR LE PROMOTEUR** | **SECTION RÉSERVÉE À L’ADMINISTRATION** |
| Date | Numéro de la facture | Nom du fournisseur | Description de la dépense(honoraires professionnels, graphisme, location d’équipements, etc.) | Montant total avant taxes ($) | Montant réclamé (max. 80%) | Montant admissible ($) | Commentaires |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **TOTAL ($) :** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Montant d’aide à payer : |  |
| J’atteste que les montants inscrits correspondent à la somme, avant taxes, réellement engagée et payée aux finsdu projet accepté dans le cadre de l’ESBO. |
| Signature du responsable : |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Date : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Signature du promoteur ou de son/sa représentant(e) :** |  | **Date :** |  |  |  |
|  |  |  |