

## RECU DE PRESTATION DE SERVICE

NOM: \_\_\_\_\_ Prénoms: \_\_\_\_\_

né le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Emploi/Fonction: \_\_\_\_\_

Objet de la prestation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_ du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Nom du responsable du suivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Montant de la prestation (en chiffres): \_\_\_\_\_

Montant net à percevoir (en lettres): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SERVICE/UR/US: \_\_\_\_\_

IMPUTATION code EOTP ou centre (budget de fonctionnement) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certifié le service fait

Certifié le service fait

Le Responsable du suivi

L'Ordonnateur

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POUR ACQUIT: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_