AKANY AVOKO AMBOHIDRATRIMO
BP 29 - AMBOHIDRATRIMO

ETAT DE DEPENSE: .....

Date: .....

Mission: .....

Nom du demandeur:.....

Lieu: .....

NOM ET PRENOMS	FONCTION	NATURE	MONTANT	SIGNATURE
[redacted]	Beneficiaire	Appro Mars.	10 000 Ar.	
		TOTAL	10 000 Ar	

Total (en lettre): .....

.....

Demandeur:

Direction:

Responsable Financier: