



DONDELANGE  
KEHLEN  
KEISPELT MEISPELT  
NOSPELT OLM

## Formulaire

# Demande de remboursement

*Action de solidarité*

*en faveur des commerçants et associations locaux*

La société/l'association soussignée:	
Nom et fonction du représentant légal:	
Numéro RCS ou RESA ou RBE :	
n° et rue :	
Code postal et localité :	
Tél. :	E-mail :

**DEMANDE LE REMBOURSEMENT DE LA CONTRE-VALEUR DES BONS DE CONSOMMATION  
À 10€ OFFERTS AUX HABITANTS DE LA COMMUNE DE KEHLEN**

**NOMBRE DE BONS \_\_\_\_\_ AU MONTANT TOTAL DE \_\_\_\_\_ €**

<b>à verser sur le compte bancaire</b>	
Banque :	
IBAN LU	
<b>Pièce(s) à joindre:</b> L'original du/des bon(s) de consommation de 10€ échangé(s) par le(s) résident(s)	
<b>Ce montant est remboursable pour toute demande de remboursement introduite auprès de la recette communale <u>jusqu'au 28 février 2021.</u></b>	
<input type="checkbox"/> En soumettant ce formulaire, je soussigné(e) accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées dans le cadre du remboursement de la contre-valeur des bons échangés lors de l'action de solidarité.	
Date:	Signature :

<b><u>RESERVE A L'ADMINISTRATION COMMUNALE</u></b>	
Client n°	(Article budgétaire 3/120/648110/99001 )
Kehlen, le	Signature