



## AUTORISATION DE DELEGATION DE PAIEMENT

### Bénéficiaire de l'aide :

Je soussigné-e ..... (bénéficiaire majeur) **OU** ....., représentant légal de  
..... (bénéficiaire mineur),

Adresse :  
.....

Autorise le versement de l'aide financière allouée à mon profit par le Conseil départemental de Loire-Atlantique soit la somme de ..... maximum affectable à :

à l'organisme désigné ci-après (**joindre obligatoirement un RIB**) :

### Organisme destinataire de l'aide :

Raison sociale :  
.....

SIRET :  
.....

Adresse :  
.....

Pour paiement de la créance désignée ci-après (**joindre le justificatif : facture, mémoire, avis des sommes à payer...**).

Date : .....

Montant : .....

Pour accord, le .....

Signature de l'organisme bénéficiaire,  
du paiement

Fait à ..... le .....

Signature du bénéficiaire de l'aide (majeur) ou  
de ses représentants légaux (mineur),

Pour le Président du Conseil départemental agissant en vertu de la délibération du 22 octobre 2007 et par délégation,

Cachet et signature