



REÇU
RECEIPT OF PAYMENT

Code:

N°:

Montant : _____
Amount: _____

Payé par : **MEDECINS SANS FRONTIERES**
Paid by :

La somme de : _____
The sum of :

Pour le paiement de : _____
For the payment of :

A : _____ Signature: _____
To :

Date: _____



REÇU
RECEIPT OF PAYMENT

Code:

N°:

Montant : _____
Amount: _____

Payé par : **MEDECINS SANS FRONTIERES**
Paid by :

La somme de : _____
The sum of :

Pour le paiement de : _____
For the payment of :

A : _____ Signature: _____
To :

Date: _____