

For more information on how to use this form, please refer to the User's Manual.



DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	DEBIT	CREDIT	BALANCE	CHECK NO.	DATE DEPOSITED
	OPENING BALANCE						

CHECK NO.	DATE	AMOUNT	DEBIT	CREDIT	BALANCE	CHECK NO.	DATE DEPOSITED	DESCRIPTION

CASH ON HAND  
 DEPOSITED TO BANK  
 TOTAL DEPOSITED TO BANK  
 TOTAL CASH ON HAND  
 TOTAL DEPOSITED TO BANK  
 TOTAL CASH ON HAND



## COMPTES DE DÉPENSES

a) Complétez le tableau pour les dépenses et le Fonds de Développement des Services médicaux et des Services (2012) accordés à ses bénéficiaires

*Données*

TOTAL	DÉPENSES
200 532 12	
11 202 08	(a)
13 202 08	Participation de 1% par Patient
207 001 20	Vidéo par Patient
8 437 28	Participation en le Fonds par Patient
VALEURS	DÉPENSES

Les dépenses prévues de fonds de Service de Santé Médical & Dentaire 21 001 2012 ont été approuvées.