ANEXO IV

D. como Secretario/Tesorero de la Entidad

 de (localidad), certifico que la relación de gastos habidos en la ejecución del Programa de Intervención en Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas, subvencionado por el Servicio Extremeño de Salud de la Consejería de Salud y Política Social durante el año 2015, son los recogidos en la relación nominal de facturas que aparecen en la siguiente tabla, así como que todas las facturas y demás justificantes se encuentran depositadas en la sede de la mencionada Entidad.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **Nº DE FACTURA** | **CONCEPTO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Documentación que se adjunta:

 Originales o copias compulsadas de todas las facturas relacionadas.

 En , a de de

 Vº Bº del Presidente El Secretario/Tesorero

Fdo. : Fdo.:

**DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

**SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD**

**AVDA. DE LAS AMÉRICAS, Nº 2**

**06800 MÉRIDA.**