

Formulaire de don – ESPASS de Podensac

JE SUIS



Un particulier	Une entreprise / une structure
Nom	Nom de la structure/entreprise
Prénom	Nom de la personne responsable
Téléphone/...../...../...../.....	Téléphone/...../...../...../.....
Adresse	Mail
.....	N° SIREN/SIRET/Code APE
<i>Au titre de l'impôt sur le revenu (IRPP), votre don est déductible à hauteur de 66% dans la limite de 20% du revenu imposable (don à effectuer avant le 31 décembre). Au titre de l'impôt sur la fortune immobilière (IFI), 75 % du don versé peut-être réduit directement de l'impôt dû dans la limite de 50 000 €.</i>	<i>Le don de votre entreprise est réductible à hauteur de 60% dans la limite de 0,5% du chiffre d'affaires (art.238 bis du C.G.I). Lorsque le montant de la défiscalisation est supérieur à 0,5%, l'excédent peut être reporté sur les 5 exercices suivants.</i>

JE DONNE



MONTANT DU DON :

<input type="checkbox"/> Par chèque Libellé à l'ordre du Trésor Public et à envoyer, accompagné de ce formulaire, à Trésorerie Hospitalière de Cadillac 52 rue Cazeaux Cazalet 33410 CADILLAC Merci de mentionner au dos du chèque : Don à l'ESPASS de Podensac	<input type="checkbox"/> Par virement bancaire En précisant "Don ESPASS de Podensac" et votre nom dans le libellé et en y associant ce formulaire Titulaire : Trésorerie Hospitalière de Cadillac IBAN : FR63 3000 1004 66H3 3800 0000 063 BIC : BDFEFRPPCCT
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

JE SOUHAITE CONSACRER MON DON



<input type="checkbox"/> Au confort hôtelier <input type="checkbox"/> A des projets d'animation <input type="checkbox"/> Au confort et à la qualité des soins <input type="checkbox"/> Autre :	JE SOUHAITE QUE MON DON SOIT AFFECTÉ <input type="checkbox"/> À un service en particulier : <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de choix particulier
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Don anonyme : Oui Non Date :/...../..... Signature :

Partie réservée à la trésorerie
hospitalière de CADILLAC

Chèque encaissé le/...../.....