

FORMULAIRE DE DON

Merci d'imprimer ce document et de l'envoyer avec votre paiement à :

Hôpital de proximité de Beaujeu
263 rue du Docteur Giraud - B.P.2
69430 BEAUJEU

Nous vous remercions pour votre générosité.

M. Mme

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : e-mail :

Je soutiens les actions de l'Hôpital de proximité de Beaujeu :

➤ en versant un don en numéraire de :

25 € 50 € 75 € 100 € Autre montant : €

par chèque bancaire libellé à l'ordre de : **Trésor Public**

➤ en versant un don en nature (à préciser) :

.....

Les dons sont déductibles de l'impôt à hauteur de 66% du don et à hauteur maximum de 20% du revenu net imposable.

Au-delà de cette réduction, il est désormais possible d'effectuer un report sur les 5 années suivantes.

Dès réception de votre don, nous vous adresserons le reçu fiscal correspondant à la somme versée.

Les informations recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre don. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au service des systèmes d'informations. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Service des Systèmes d'Informations, Hôpital de Beaujeu – Avenue du Dr Giraud 69430 Beaujeu.