



FORMULAIRE DE DON

Nom Prénom

Adresse

Statut : Particulier Entreprise :

CP Ville

Tel

Email



Je souhaite être donateur

- 15€ 50€ 100€ Autre montant.....
- (5,1€*) (17€*) (34€*) *montant réel de votre don après déduction fiscale



Je souhaite être adhérent

(Je reçois des informations sur l'association et j'assiste à l'assemblée générale)

- 15€



Je souhaite être donateur et adhérent

- 15€ + montant de mon don =€

Date :

Signature :

Merci de libeller votre chèque à l'ordre de : « ADEL CENTRE »

Et de l'envoyer par courrier postal à :

ADEL CENTRE, Hôpital Clocheville 49 boulevard Béranger 37000 Tours

Nous vous remercions vivement et nous vous adresserons un reçu justificatif de votre don et/ou votre adhésion permettant d'obtenir une réduction d'impôts *

*Conformément aux dispositions du code général des impôts et à la loi du 01 août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations, les dons ou montant de la cotisation, versés à une association reconnue d'intérêt générale à caractère social, ouvre droit à une réduction d'impôts.

-Si vous êtes un particulier, vous pouvez déduire 66% de votre don directement dans la limite de 20% de votre revenu imposable.

-Si vous êtes une entreprise, votre don ouvre droit à une réduction d'impôts égale à 60% de son montant, pris dans la limite de 5% de votre chiffre d'affaires.