



SPORTS PASSIONS
A.P.A. SANTÉ

FORMULAIRE DE DON

Entreprise

Monsieur le Président,

Je soussignée), M_____ déclare souhaiter réaliser un don à l'association SPORTS PASSIONS APA SANTÉ à hauteur de_____€.

Nature du don :

Numéraire Compétence Nature

Mode de versement du don dans le cas d'un don en numéraire :

Remise d'espèces Chèque Virement*

Informations donateur :

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____ Tél. : _____

Date de naissance : _____

Tout don fera l'objet de l'envoi du reçu au titre des dons à certains organismes d'intérêt général vous permettant de bénéficier de la réduction fiscale de 60 % du montant du don.

Fait à :

Le :

Signature :

*Coordonnées bancaires :

Nom : CAISSE D'EPARGNE

IBAN : FR76 1348 5008 0008 9119 1117 077

BIC CEPAFRPP348