

FORMULAIRE DE DON

Je soussigné(e),

Nom/Prénom (ou raison sociale) :

Adresse:

Code Postal:Ville :

Téléphone:

Mail:

souhaite faire un don au Centre Hospitalier Intercommunal Castres -Mazamet.

Montant du don :€

par :

☐ Chèque (à l'ordre du **Trésor Public**)

☐ Espèces

Je souhaite que le don soit affecté :

☐ aux besoins du CHIC Castres-Mazamet

☐ au service suivant :

Tous les dons au profit d'un établissement de santé public bénéficient d'une déduction fiscale :

• *Pour les particuliers : déduction à hauteur de 66 % du montant versé dans la limite de 20% du revenu imposable annuel.*

• *Pour les professionnels : réduction d'impôt sur le revenu ou d'impôt sur les sociétés à hauteur de 60% du montant versé, dans la Limite de 5 pour 1000 du chiffre d'affaires HT.*

Pour justifier du versement du don, un reçu fiscal sera renvoyé au donateur à l'adresse indiquée.

Signature (et cachet s'il s'agit d'une entreprise) :

Fait à : le :