



## Bulletin de don 2024

### Identité

Nom..... Prénom .....

Adresse.....

.....

Code postal..... Ville.....

Téléphone\* ..... Portable\* .....

Mail\* .....

### Don

Je soutiens l'action de l'Association **Burkina Santé**

Je fais un don à ma convenance d'un montant de :.....€

Date..... Signature

Merci de retourner ce bulletin accompagné de votre don par chèque à l'ordre de « **Burkina Santé** » à l'adresse suivante :

**Burkina Santé**

Mairie de Prunay

1 rue GODON VASNIER

51360 PRUNAY

Les champs suivis d'un (\*) sont facultatifs.

Reconnue « Association d'intérêt général » par l'administration fiscale, nous pouvons délivrer, pour chaque don, un reçu fiscal.

Ce dernier donne droit à une réduction d'impôt à hauteur de 66% du don, dans la limite de 20% du revenu imposable.

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion ; elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association ; en application des articles 39 et suivant 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 nous écrire à l'adresse ci-dessus.*