



Nom – Prénom du donateur
Coordonnées / adresse

A

Monsieur le Président de l'Université d'Auvergne
49 Bd François Mitterrand
CS 60032
6300 Clermont-Ferrand Cedex 1

Objet : Don à l'université d'Auvergne (faculté de chirurgie dentaire) (préciser l'action concernée)

Je soussigné Madame, Monsieur (nom et prénom) agissant en qualité de (responsable, PDG...) de la société (raison sociale) sise (adresse), numéro de SIRET : , coordonnées téléphoniques : adresse mél. : ; dont le siège social est situé à (précisez si adresse différente), déclare apporter mon soutien financier à l'Université d'Auvergne dans le cadre de son/ses action(s) :

(précisez l'action)

J'autorise la publication du nom de la société que je représente et de son logo en qualité de membre donateur sur le site de l'Université d'Auvergne et sur tout autre support de communication dans le cadre de l'action (précisez l'action)

Un chèque à l'ordre de l'agent comptable de l'Université d'Auvergne, d'un montant de € , est joint à ce courrier.

Un chèque à l'ordre de l'agent comptable de l'Université d'Auvergne, d'un montant de € , sera adressé le (date) à l'Agent Comptable de l'Université d'Auvergne, 49 bd François Mitterrand – CS 60032 – 63000 Clermont-Ferrand .

Un virement, d'un montant de € sera fait le (date) sur le compte de l'Université d'Auvergne.

Code Banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	
10071	63000	00001003970	69	TP CLERMONT Fd TRESOR GEN

Fait à (précisez lieu), le (date)

SIGNATURE

Pour les entreprises assujetties à l'impôt sur le revenu où à l'impôt sur les sociétés, votre contribution donne droit à une réduction d'impôts - l'Art. 238 bis CGI

Un reçu fiscal sera adressé aux donateurs dès le traitement comptable.