

ATTESTATION RELATIVE AU REGIME DE LA STRUCTURE EN MATIERE DE TVA

Je soussigné(e) « nom du représentant légal » *REVELLAT Evelyne*

- atteste que « nom de la structure » *-POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST*

Se voit rembourser* la TVA,

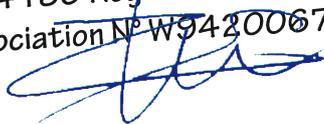
Dans ce cas, le taux de subvention s'appliquera sur le montant HT des dépenses.

N'est pas remboursé* d'une façon ou d'une autre, en tout ou partie, directement ou indirectement, de la TVA ou n'est pas bénéficiaire de l'allocation de fond de compensation de la TVA.

Dans ce cas, le taux de subvention s'appliquera sur le montant TTC des dépenses.

Fait à *NOGENT SUR MARNE*, le *15 AVRIL 2019*

*Pôle Santé Pluridisciplinaire Paris Est
188 Gde rue Charles de Gaulle
94130 Nogent sur Marne
Association N° W942006769*



Signature et cachet du représentant légal de la structure (ou personne ayant délégation – dans ce cas, fourni un justificatif de délégation de signature)

(* Cocher la case concernée)