

Bulletin de don

Ce bulletin est à compléter et à renvoyer signé, accompagné de votre chèque, à :
Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise - 658 rue des Bourgoins - 45200 AMILLY

Vous êtes : Particulier Entreprise Association Fondation

Raison sociale :

N° SIREN - SIRET - Code APE :

M. Mme NOM : Prénom :

Fonction :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays : Téléphone :

Email :

Je fais un don en faveur :

- de l'acquisition d'équipements médicaux
 de l'amélioration de la qualité de vie des patients hospitalisés et de leur famille
 de l'amélioration des conditions de travail des personnels du CHAM
 des EHPAD-USLD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes - Unités de Soins de Longue Durée)
 autre :

Je fais un don d'un montant de :

- 20 € 50 € 100 € 500 € 1000 €
 Autre montant : €

J'effectue mon don par chèque, libellé à l'ordre du Trésor Public

La signature du bulletin de don est obligatoire et doit être la même que celle figurant sur le chèque.

Date : / /

Signature :

« Merci de votre générosité ! »