



Oui, je souhaite aider l'Hôpital de Houdan

Mme M. NOM : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél : E-mail :

Je souhaite faire un don d'un montant de €

Je souhaite que mon don soit :

Attribué au service USP (Unité de Soins Palliatifs)

=> J'effectue mon don par chèque, libellé à l'ordre de l'Association PRISME.

Attribué au service Médecine

Attribué au service EVC

Attribué au service MAS

Attribué au service USLD

Attribué au service EHPAD

Attribué au service Accueil de Jour

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

Utilisé pour les besoins de l'Hôpital et de ses services

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

Autre (Associations etc.)

=> J'effectue mon don par chèque, libellé à l'ordre du destinataire.

Date :/...../.....

Signature :

Ce formulaire est à imprimer et à renvoyer avec votre règlement à

Hôpital de Houdan – Direction Générale – 42 rue de Paris – 78550 HOUDAN

Toute somme recueillie aura une affectation et donnera lieu à l'établissement d'un reçu d'abattement fiscal.