



## 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.

**Utilisé pour les besoins dans le cadre de la crise Covid**

=> 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.