

FORMULAIRE DE DON

HÔPITAL DE PROXIMITÉ
DE HOUDAN

42 Rue de Paris, 78550, Houdan

01 30 46 18 00

www.hopitalhoudan.fr

PERSONNE PHYSIQUE

Genre : ☐ M. ☐ Mme NOM Prénom :

Adresse :

Code postale : Ville :

Téléphone : E-mail :

PERSONNE MORALE

Genre : ☐ M. ☐ Mme NOM Prénom :

Adresse :

Code postale : Ville :

Téléphone : E-mail :

Entité :

SIRET :

Je souhaite faire un don d'un montant de €.

Je souhaite que mon don soit :

- | | |
|---|--|
| ☐ Attribué au service Médecine | ☐ Attribué au service MAS |
| ☐ Attribué au service EVC | ☐ Attribué au service EHPAD |
| ☐ Attribué au service USLD | ☐ Attribué au service Oxyjeunes |
| ☐ Attribué au service Accueil de Jour | ☐ Attribué au Centre de Santé |
| ☐ Attribué au service SSIAD | ☐ Autre à préciser : <input type="text"/> |
| ☐ Utilisé pour les besoins de l'Hôpital et de ses services | |

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

Fait à : Signature :

Date :

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

Hôpital 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. (Selon réglementation fiscale en vigueur).

