

OUI, je soutiens le Centre Hospitalier

Mme M. Mme et M.

Entreprise : _____

N° de SIREN - SIRET / code APE : _____

Nom : _____ Prénom : _____

_____ Adresse : _____

_____ Code Postal : _____

_____ Ville : _____

_____ Pays : _____

_____ Tél : _____

_____ Email : _____

Je fais un don d'un montant de :

40 € 60 € 100 € 180 € 300 € Autre : _____ €

Je souhaite affecter mon don à un projet mené par le Centre Hospitalier en faveur de :

La qualité de vie des personnes hospitalisés

La rénovation d'unités de soins

Acquisition de matériel

Activités Culturelles et Artistiques

Je laisse le Centre Hospitalier choisir l'affectation de mon don en fonction des projets prioritaires.

Autre affectation : _____

J'effectue mon don :

Par chèque, libellé à l'ordre du Centre Hospitalier d'Armentières - Trésor Public

Date : __/__/____

Signature :

Ce bulletin est à signer et à renvoyer accompagné de votre chèque à l'adresse suivante :
Centre Hospitalier d'Armentières – 112 rue Sadi carnot - BP 189 – 59421 Armentières Cedex

Merci de votre générosité !

Le Centre Hospitalier est habilité à recevoir des dons (Instruction fiscale 5B3311-18 / Loi n°2009-879 modifiée - articles L.6141-1 et L.6141-2-1)

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978, vous pouvez, en vous adressant par écrit au Centre hospitalier, avoir accès aux informations vous concernant contenues dans notre fichier donateurs et demander leur rectification. Vos coordonnées ne font l'objet d'aucune communication extérieure et sont réservées à l'usage exclusif du Centre Hospitalier.