BULLETIN DE DON

Bulletin à compléter et à retourner accompagné de votre don à :

Centre Hospitalier de Manosque
Direction des Services Financiers et du Contrôle de Gestion
BP 60108
04101 MANOSQUE CEDEX

Je soussigné(e)

Personne physique ☐Mme ☐M
Nom ……
Prénom……
Adresse complète……
Code postal…… Ville……
Pays…… Tel
Courriel……
Né(e) le …… à …….. N° dép ……
Nationalité

Personne morale (société, association, …)
Dénomination……
Forme juridique…… Adresse du siège social……..

Représentant légal…… Agissant en qualité de ……
Tél…… Fax……
Courriel……
Pour toute correspondance, le CH Manosque adressera le courrier aux nom et prénom de

Je fais don au centre Hospitalier de Manosque de la somme de :

☐ 50 € après réduction d'impôt ce don me coûte 17 €
☐ 100 € après réduction d'impôt ce don me coûte 34 €
☐ 200 € après réduction d'impôt ce don me coûte 68 €
☐ 500 € après réduction d'impôt ce don me coûte 170 €
☐ Autre montant : €

Règlement par chèque ci-joint n°……à l'ordre du Trésor Public.
Il vous sera adressé en retour un reçu fiscal.

Je souhaite que mon don soit :
☐ Utilisé selon les besoins
☐ Affecté au service de
☐ utilisé pour une action

Fait à……
Le …….. Signature du donateur