

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

**Madame la Directrice du
Centre Hospitalier de La Roche aux Fées
4 rue Armand Jouault
CS 80030
35150 JANZE**

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Né(e) le : A N° dép :

Nationalité :

Je fais un don au Centre Hospitalier de La Roche aux Fées de la somme de €

Après réduction d'impôt, le don me coûte €.

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,