



# BULLETIN DE SOUTIEN

CENTRE HOSPITALIER  
THÉOPHILE ROUSSEL

Ce bulletin est à signer et à renvoyer, accompagné de votre chèque au Centre Hospitalier Théophile Roussel  
de Montesson - Direction Générale - 1 rue Philippe Mithouard - B.P. 71 - 78363 MONTESSON Cedex

Particulier       Entreprise       Association       Fondation

Raison sociale : .....

M.       Mme

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Fonction : .....

Adresse\* : .....

Code postal\* : ..... Ville\* : .....

Pays\* : ..... Téléphone: .....

Email : .....

\*Champs obligatoires

Je fais un don d'un montant de : ..... €

### Je souhaite soutenir\*\* :

La qualité de vie des patients hospitalisés et de leur famille

L'acquisition d'équipements médicaux

Le bien être des personnels

Autres :

\*\* Un seul choix possible

Merci de préciser votre souhait : .....

.....

.....

.....

Pour tout projet spécifique, merci de contacter la Direction (Tél. : 01.30.86.38.40. - Mail : theophile.rousseau@th-rousseau.fr)

### J'effectue mon don :

Par chèque, libellé à l'ordre du Trésor Public

Par virement bancaire, en indiquant en objet de virement « Don CHTR de Montesson » et en précisant le nom de mon entreprise/association/fondation ou mes nom et prénom.

Virement de France et de l'étranger

Code Banque	Code Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.	Titulaire du compte
30001	00736	C7800000000	53	TRESORERIE SAINT-GERMAIN POISSY CENTRE HOSPITALIER
IBAN			BIC	
FR75 3000 1007 36C7 8000 0000 053			BDFEFRPPCCT	

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature\*\*\* :