BULLETIN DE SOUTIEN

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.roussel@th-roussel.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	00866	H7810000000	50	TRESORERIE SAINT-GERMAIN POISSY CENTRE HOSPITALIER
IBAN			**BIC**	
FR70 3000 1008 66H7 8100 0000 050			BDFEFRPPCCT	

Date : __/___ /_____ **Signature*** :**