

 CENTRE HOSPITALIER THÉOPHILE ROUSSEL	CODIFICATION :	IMP-GRF-001	Centre Hospitalier Théophile Roussel
	VERSION :	01	
	DATE :	28/05/2024	FORMULAIRE DON - BULLETIN DE SOUTIEN

Entreprise **Association** **Fondation**

Raison sociale :

Particulier

M. Mme

NOM* : Prénom* :

Fonction :

Adresse* :

Code postal* : VILLE* :

Téléphone :

Courriel* :

**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

.....
.....
.....

Pour tout projet spécifique, vous pouvez contacter le secrétariat de la direction au 01.30.86.38.40 ou par courriel à l'adresse 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 mon 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 DE MANTES POISSY SAINT-GERMAIN CENTRE HOSPITALIER
IBAN			BIC	
FR70 3000 1008 66H7 8100 0000 050			BDFEFRPPCCT	

Date : __/__/____

Signature* :

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