



CENTRES HOSPITALIERS  
DE SAINTES ET  
DE SAINT-JEAN-D'ANGÉLY

# FORMULAIRE DE DON

Soutenez les projets et les équipes  
des hôpitaux de Saintes et de Saint-Jean-d'Angély

## Je souhaite en faire bénéficiaire :

Le Centre Hospitalier :

de Saintes  ou  de Saint-Jean-d'Angély

Un service particulier : .....

ou

Un projet qui :

améliore le confort des patients, des professionnels et des usagers

ou

favorise l'innovation

ou

permet d'organiser des événements culturels à l'hôpital

ou

un projet spécifique en référence avec les projets disponibles sur  
notre site internet  rubrique "Don et soutien" :  
.....

ou

être utilisé selon les besoins

## Je souhaite que mon don reste anonyme :

oui  non



**Je suis :**  un particulier  une entreprise

Mme  M.  Mme et M.

Nom .....

Prénom .....

Entreprise .....

N°SIREN-SIRET/code APE .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone .....

Email .....

**Montant du don :** ..... euros

**J'effectue mon don :**

par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public

Chèque et formulaire à adresser par voie postale à :

**Direction Générale**

**Centre Hospitalier de Saintes,**

**11 boulevard Ambroise Paré**

**BP 10326 - 17108 Saintes cedex**