



CENTRE HOSPITALIER
DE SAINTONGE



CENTRE HOSPITALIER
DE SAINT-JEAN-D'ANGÉLY

FORMULAIRE DE DON

Soutenez les projets et les équipes
des hopitaux 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 Saintonge,

11 boulevard Ambroise Paré

BP 10326 - 17108 Saintes cedex