

FORMULAIRE D'APPELS AUX DONNS

**JE SOUTIENS
MON HÔPITAL**



**VOTRE DON NOUS
REND PLUS FORTS**

Je suis :

un particulier une entreprise une association

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

Nom : Prénom :
N° de téléphone :
E.mail : @
Adresse :
Code postal : Ville :
Raison sociale :
Forme juridique :
SIRET :

Je souhaite apporter mon aide financière à la Fondation Hôpital des Gardiens de la Paix et participer à l'amélioration des conditions de vie à l'hôpital en versant :

en espèces par chèque par virement bancaire ou carte bancaire

**TITULAIRE : HOPITAL DES GARDIENS DE LA PAIX IBAN :
FR76 3000 3030 8500 0372 9167 756
BIC-ADRESSE SWIFT : SOGEFRPP**

La somme

à l'ordre de :

La Fondation Hôpital des Gardiens de la Paix, 35, boulevard Saint-Marcel 75013 PARIS, service de la direction.

Une attestation du ministère de l'économie et des finances (*Cerfa n°11580*) vous sera adressée. Elle vous permettra de bénéficier d'une réduction d'impôt sur le revenu ou sur les sociétés.

Date et signature :

MERCI