

FORMULAIRE DE DON PAR CHÈQUE

A compléter et à retourner accompagné de votre don à :

Mécènes Cholet Hôpital

1, Rue Marengo

49325 CHOLET

Je soussigné (e)

Personne Physique

<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mr
Nom.....	Prénom
Adresse.....	
Code Postal.....	Ville.....
Téléphone.....	Mobile.....
Mail.....	

Personne Morale (entreprise, association...)

Dénomination.....	Forme juridique
Adresse du siège social	
Représentant légal.....	Agissant en qualité de.....
Téléphone.....	
Mail.....	

Je fais un don au Centre Hospitalier de Cholet

Montant.....€

Règlement par chèque N° à l'ordre du fonds de dotation "Mécènes Cholet Hôpital" :

Dès réception du règlement, un reçu fiscal vous sera adressé.

Si vous souhaitez affecter votre don à un projet particulier, merci de nous en faire part :

.....
.....

Signature