



BULLETIN DE DON

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Je désire faire un don de€

En bénéficiant d'une économie d'impôt au titre : ☐ de l'impôt sur le revenu

☐ de l'impôt sur la fortune

Je souhaite que ce don soit :

☐ utilisé selon les besoins

☐ affecté au service de :

☐ utilisé pour une action :

Ce formulaire est à retourner, avec votre chèque libellé à l'ordre du Trésor public, à l'adresse suivante :

Hôpitaux Drôme Nord
Service Finances
607 Avenue Geneviève de Gaulle-Anthonioz
BP 1002
26102 ROMANS SUR ISERE Cedex

Toute somme recueillie aura une affectation locale et donnera lieu à l'établissement d'un reçu fiscal