



**HOPITAL Dumonté**  
L'île d'Yeu

## Je souhaite apporter mon soutien à l'hôpital Dumonté.

Mme/ M. NOM : .....Prénom : .....

Adresse : .....

CP : .....Ville : .....

Tél : .....E-mail : .....

Je souhaite faire un don d'un montant de ..... €

Je souhaite que mon don soit utilisé pour :

- : améliorer le cadre de vie
- : financer du matériel de soins
- : le service Médecine / SSR / Consultation
- : Autre : .....

=> J'effectue mon don par chèque, libellé à l'ordre du Trésor Public.

**Ce formulaire est à imprimer et à renvoyer avec votre règlement à l'hôpital Dumonté**

**Direction 17, impasse du puits Raimond – 85350 l'Île d'Yeu**  
**Toute somme recueillie aura une affectation et donnera lieu à l'établissement d'un reçu d'abattement fiscal.**