



Centre Hospitalier  
Intercommunal  
PAYS DU REVERMONT

# FORMULAIRE DE DON

*A télécharger, imprimer, remplir et signer, renvoyer à*

Direction des Relations Sociales, Relations avec les Usagers, Communication  
CHIPR rue du Dr Germain BP 101 – 39110 Salins les Bains  
Ou par email : [martine.rajzman@chpr.fr](mailto:martine.rajzman@chpr.fr)

## **Vous êtes un particulier**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Email :

## **Vous êtes une entreprise, une association, une fondation**

Raison Sociale :

Représentée par :

Fonction :

Siret :

Adresse :

Tél :

Email :

Souhaite procéder à un DON de (en nombre + en lettres) : .....

Par chèque à l'ordre du Trésor Public

Par virement bancaire à la TRESORERIE PRINCIPALE DE DOLE EHMS  
IBAN FR10 3000 1004 86C3 9100 0000 054

**Au Centre Hospitalier Intercommunale Pays du Revermont (CHIPR), afin de soutenir :**

- 1. L'amélioration de l'accueil et du bien-être des patients, des résidents et des personnels** (Équipements, activités, décoration...). Vous pouvez préciser ou laisser au CHIPR la latitude de l'arbitrage : .....
- 2. Le soutien aux nouveaux investissements** (rénovation du plateau technique MPR, Création de parcours santé extérieurs pour les EHPAD, amélioration du confort...) Vous pouvez préciser : ..... Vous pouvez préciser ou laisser au CHIPR la latitude de l'arbitrage : .....
- 3. L'innovation médicale et paramédicale** (nouvelles prises en charge...)

Date :

Signature + Cachet pour les entreprises/associations/Fondations :