



**C**ENTRE  
**H**OSPITALIER  
**D**ÉPARTEMENTAL  
**B**ISCHWILLER

## FORMULAIRE DE DON

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

atteste par la présente faire un don :

au Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller

au service du Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller suivant :

.....  
 à l'amical du personnel du CHDB

à l'association des bénévoles « à l'écoute »

de la somme de : .....

des objets suivants : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Si vous effectuez ce don au nom d'une personne décédée :*

Nom, prénom et date de naissance de la personne décédée : .....

Votre lien de parenté : .....

Fait le : ..... à : .....

Signature du donateur :