

Je suis :

Un particulier

Une entreprise

Nom de l'entreprise :

N°SIREN - SIRET / Code APE :

Vos coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone : Adresse mail :

Votre don :

Je souhaite faire un don au Centre Hospitalier de Montauban d'un montant de :

Je choisis de soutenir :

L'établissement :

Le projet :

La thématique :

Votre moyen de paiement :

Par chèque à l'ordre du Fonds de dotation Olympe

Par virement bancaire

Relevé d'Identité Bancaire

Banque	Guichet	N° compte	Clé
10278	02341	00020455501	29

IBAN FR76 1027 8023 4100 0204 5550 129	Code BIC - Code SWIFT CMCIFR2A
---	---------------------------------------

CCM MONTAUBAN PONT DE CHAUME
110 Rue François Mauriac
82000 Montauban
05 63 21 20 17

Nom et adresse du titulaire :
FONDS OLYMPE - Groupement Hospitalier de Territoire
100 rue Léon Cladel
82000 Montauban

Merci de renvoyer ce formulaire par mail : fonds.olympe@ght82.fr

Ou par courrier : Fonds de dotation OLYMPE
Centre Hospitalier de Montauban
100 rue Léon Cladel
82000 Montauban

Date :

Signature du donateur :