



Centre Hospitalier de Muret

FICHE ADMINISTRATIVE DE DONATION

Coordonnées du donateur

CIVILITE _____

NOM _____

PRENOM(S) _____

E-MAIL _____

ADRESSE _____

CODE POSTALE _____

VILLE _____

PAYS _____

Nature du don

| Nature du bien | Quantité ou valeur |
|----------------|--------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Pour un don d'argent, indiquez en nature du bien « Don par chèque » en renseignant la somme dans la colonne « Quantité ou valeur ». **Seuls les chèques sont recevables** avec l'ordre : « **Trésor public** »

Pour quel(s) service(s) votre don doit-il bénéficier ?

Pôle Gériatrie

- Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)
- Unité de Soins de Longue Durée (USLD)
- Court Séjour et Soins de Suite et de Réadaptation (CS/SSR)
- Accueil de Jour (AJ) - Alzheimer
- Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Pôle Handicap

- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)
- Foyer d'Accueil Médicalisée (FAM)
- Institut Médico-Educatif (IME)
- Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)

- Je laisse le choix au Centre Hospitalier de Muret sur la destination du don

En signant ce document, le donateur (cf. « Coordonnées du donateur) affirme être en pleine possession de ses moyens, connaître la législation en vigueur sur les donations et consent à donner les biens indiqués dans la rubrique « Nature du don ».

Date et Signature