

FORMULAIRE DE DON

Mes coordonnées :

Personne physique :

Nom :

Prénom :

Personne morale (entreprise, association) :

Dénomination :

Forme juridique :

N° SIRET :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Je soutiens financièrement le Fonds de dotation ESCA du CHU de Clermont-Ferrand en faisant un don de :

10 € 20 € 50 € 100 € Autre montant : €

Affectation de mon don :

Je souhaite que mon don soit affecté au projet :

Je laisse le Fonds de dotation ESCA décider de l'affectation de mon don.

Clause de confidentialité : Je souhaite que mon don reste anonyme Oui Non

Mon règlement :

par chèque (à libeller à l'ordre du Fonds de dotation ESCA)

par paiement en ligne sur notre site internet sécurisé : <https://dons.chu-clermontferrand.fr>

par virement bancaire : *Crédit Agricole Centre France*

RIB : 16806 00100 66084884295 70 / IBAN : FR76 1680 6001 0066 0848 8429 570

Date :/...../ 20.....

Signature :

Merci de compléter ce formulaire et le retourner à l'adresse suivante :

Fonds de dotation ESCA

*CHU de Clermont-Ferrand – Direction des Affaires Financières
58 rue Montalembert 63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1*