


Formulaire de recueil de don

 <p>CENTRE HOSPITALIER MÉTROPOLE SAVOIE</p> <p>Service émetteur : DAM</p>	<p>Rattachement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cartographie des macro processus du CHMS -Processus : gérer les ressources financières (RF) <p>Sites concernés : AIX et CHY</p>	Version n°1	FORMULAIRE
		<p>Diffusé en : 02/2024</p> <p>Révision dans : 1 an</p>	RF-012
			Page 1/2

Formulaire complété archivé le : -- / -- / 20-- pour une durée de 5 ans

Lieu/support d'archivage du formulaire complété : *chemin du fichier numérique X:\DAG\1_Affaires Générales\05. Fonds de dotations\Etats financiers\PJ DONS 20XX*

1. Identification du donateur

- Si particulier:

Nom et prénom du donateur :

.....

- Si professionnel:

Dénomination de l'entreprise :

.....

Forme juridique :

.....

Numéro de SIREN :

.....

- Dans les deux cas :

Adresse du donateur :

N° et rue

.....

Code postal et commune :

.....

Contact mail :

.....

Numéro de téléphone :

.....

2. Identification du don

Montant en euros (en chiffre):

.....

Date de la remise:/...../.....

Forme des versements :

☐ chèque ☐ espèces ☐ virement

Indication sur les souhaits du donateur (pour le service, pour la recherche, pour les enfants...) :

.....

.....

Le donateur souhaite-t-il conserver l'anonymat : ☐ Oui ☐ Non

3. Identification du service réceptionnant le don (à remplir par le service)

Intitulé du service :

.....

.....

Nom, prénom et fonction de l'agent ayant réceptionné le don :

.....

.....

Signature de l'agent ayant réceptionné le don :

Signature du donateur: