

Formulaire de recueil de don

 CENTRE HOSPITALIER MÉTROPOLE SAVOIE Service émetteur : DAM	Rattachement : - Cartographie des macro processus du CHMS - Processus : gérer les ressources financières (RF) <u>Sites concernés</u> : AIX et CHY	Version n°1	FORMULAIRE
		Diffusé en : 02/2024	RF-012
		Révision dans : 1 an	<i>Page 1/2</i>

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 donneur

- Si particulier:

Nom et prénom du donneur :

.....

- Si professionnel:

Dénomination de l'entreprise :

.....

Forme juridique :

.....

Numéro de SIREN :

.....

- Dans les deux cas :

Adresse du donneur :

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 donneur (pour le service, pour la recherche, pour les enfants...) :

.....

Le donneur 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 donneur: