|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
| Je suis : |  | |



|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Entreprise : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| N° SIREN - SIRET/code APE : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Code postal : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ville : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Téléphone : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Email : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Montant du don :** |  | **euros** |

### À quel service ou pour quelle activité ou spécialité médicale souhaitez-vous faire ce don ?

|  |
| --- |
|  |

J’effectue mon don par :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| chèque libellé à l’ordre du  Trésor Public - CHU de Limoges  2 avenue Martin Luther KING  87000 LIMOGES | virement bancaire  (en précisant « DON CHU DE LIMOGES »  et votre nom dans le libellé) |

