

FORMULAIRE DE DON

Donateur

Nom* _____

Prénom* _____

Adresse* _____

(Voie, code postal, Ville)

*Champs obligatoires

Je soutiens les actions de l'Hôpital de L'Arbresle

MONTANT DU DON			
<input type="checkbox"/> 10€	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 30€	<input type="checkbox"/> 40€
Montant libre : _____			

Règlement par chèque uniquement.
Bulletin à retourner complété à :
**Association Hospitalière de L'Arbresle – 206 chemin du Ravatel
69210 L'Arbresle**

Les informations recueillies sont nécessaires pour établir votre reçu fiscal. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous avez la possibilité d'exercer un droit d'accès et de rectification sur ces informations. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à notre association.