

# FORMULAIRE DE DON PAR CHEQUE

## COORDONNEES

Prénom \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal/Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**Je soutiens l'action de  
l'Association pour le développement des Soins Palliatifs du GHICL**

Je fais un don de :

- 20 €
- 50 €
- 100 €
- Montant libre ..... €

*Merci de me faire parvenir le reçu fiscal qui me permettra d'obtenir une réduction d'impôt*

**Envoyer votre chèque accompagné de ce formulaire à**

**Association pour le développement des Soins Palliatifs du GHICL**

*Hôpital Saint Vincent de Paul*

*Boulevard de Belfort*

*BP 387*

*59020 LILLE CEDEX*