



## OPÉRATION PIÈCES JAUNES 2020

### DEMANDE DE SUBVENTION

DOSSIER À RETOURNER À  
LA FONDATION AVANT LE  
16 DÉCEMBRE 2019

Établissement : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Directeur : M.  Mme  .....

E-mail : ..... Tél : .....

Service et spécialité : .....

Médecin chef de service :

M.  Mme  Dr  Pr  .....

E-mail : ..... Tél : .....

Responsable du projet auprès de la direction :

M.  Mme  .....

Fonction : .....

E-mail : ..... Tél : .....

Responsable du projet auprès de l'équipe soignante :

M.  Mme  .....

Fonction : .....

E-mail : ..... Tél : .....

Date, signature et cachet  
du médecin chef de service

Date, signature et cachet  
du directeur d'établissement

