

**PROCEDURE : PRISE EN CHARGE SUITE AU
DECES ET ACCOMPAGNEMENT DE LA FAMILLE**

Annexe 4 : Formulaire de dons de biens à l'établissement

Je soussigné(e), _____

Domicilié(e) à _____

Agissant en tant que _____

De M ou Mme _____

Décédé(e) le ___ / ___ / ___

Déclare faire don de ses effets suivants à l'hôpital _____ :

Date ___ / ___ /

Signature :

N° de téléphone du donateur : ___ / ___ / ___ / ___ / ___