

**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 :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_