

Ensemble

# Luttons contre le cancer

## Octobre Rose

**Prévention, Dépistage, Recherche**  
**Soutenez la lutte contre le Cancer**

M<sup>me</sup>    M    M<sup>me</sup> & M

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Je souhaite recevoir mon reçu fiscal par E-mail :    OUI    NON

### Je fais un don d'un montant

50€    100€    200€    500€    1000€    .....€

Vous pouvez effectuer votre don

- Par **carte bancaire** sur notre site internet 100% sécurisé  
<https://www.hpsj.fr/dons/faire-un-don/>
- Par **chèque** à l'ordre de la **Fondation Hôpital Saint-Joseph**  
et le retourner avec ce bulletin à l'adresse suivante :  
185 rue Raymond Losserand, 75014 PARIS

*Merci de votre générosité*

**GROUPE**  
**HOSPITALIER**  
**PARIS**  
**SAINT-JOSEPH**

Centre de Santé  
Marie-Thérèse  
Paris 14<sup>e</sup>

Les données recueillies sont nécessaires au traitement de votre don et à l'émission de votre reçu fiscal. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement, que vous pouvez exercer par voie électronique : [dpo@ghpsj.fr](mailto:dpo@ghpsj.fr) ou par voie postale : Fondation Hôpital Saint-Joseph—185 rue Raymond Losserand, 75014 PARIS

