

ATTESTATION DE DONATION

Je soussigné (e) :

Titre * :

De la :

Siège :

Tél : **+33**

Mail :

Atteste que les colis faisant l'objet de la présente expédition, sont des **DONS** destinés

à : (NOM, adresse et téléphone du destinataire) :

FONDATION Max CADET d'HAÏTI
Clinique Dentaire du Canapé-Vert
71 bis Route du CANAPE-VERT
PORT-au-PRINCE, HAÏTI

Contact : Geneviève CADET, responsable
Tél : (509) 2813 1743 Mob/Cell : (509) 3757 2379
FONDATION Max Cadet <fondationmaxcadet@yahoo.com>

Ces colis ne contiennent que **des produits et du matériel de soins et d'éducation à la santé** envoyés à **titre humanitaire** aux centres de soins dentaires de la Fondation Max Cadet.

A Gaillac, le .. / .. / 2024

Signature (donateur) :

* Président, Vice-Président, Secrétaire Général, etc.

Visa de l'autorité locale (en France)