



FORMULAIRE D'INTENTION DE DON

Je soussigné(e)

- **Personne physique :**

- Nom et prénom :
- Téléphone :
- E-mail

- **Personne morale :**

- Nom :
- Adresse :
- Téléphone :
- E-mail :

Déclare mon intention d'affecter un don pour une structure :

- Pas de préférence
- Préférence, à préciser :

La nature de ce don consiste en :

- **Equipements et fournitures :**

- Equipement médical
- Fourniture médicale
- Matériel de nettoyage et désinfection
- Equipement de protection individuelle
- Ambulance « A » ou « B »
- Matériel informatique
- Application informatique
- Autres

- **Services :**

- Prise en charge de malades par le secteur privé
- Mise à disposition du ministère de la Santé en ressources humaines (personnel médical et paramédical, secrétariat...)
- Mise à disposition du ministère de la Santé de structures pour l'isolement
- Mise à disposition du ministère de la Santé de structures pour le stockage des équipements et fournitures
- Prise en charge de transport
- Prise en charge de désinfection des locaux
- Autres

J'adresse une copie de ce formulaire, dûment rempli, par mail (covid19.dons.rns@gmail.com) ou par fax (71575201) ou au bureau d'ordre du ministère de la Santé.

Par ailleurs, j'autorise la publication de mon nom dans la liste nominative des donateurs sur le site web de la commission de dons COVID19 : Oui Non

Le Ministère de la Santé vous remercie.

Fait à :, le

Signature