

**COVID-19**

**DON D’EQUIPEMENTS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Désignation Entreprise :****Nom du représentant :** **Coordonnées téléphoniques :****Mail :****Adresse :** | **APHM****Contact service Achat :** C. MARI 06 10 73 95 87Christophe.mari@ap-hm.fr |

**NATURE DU DON :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Libellé produit donné** | **Qté** | **Observations (spécificité produit, autre)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**L’entreprise s’engage à faire don à l’assistance publique des hôpitaux de Marseille des produits cités à titre gracieux.**

**Lieu de livraison : Lieu de récupération produit :**

**AP-HM**

**PFL**

**Magasin A.P-H.M Plate forme logistique**

167 Chemin Saint Louis au Rove

13016 MARSEILLE

A ..... , le ….

**Nom, prénom, signature du donneur**