

**COVID-19**

**DON D’EQUIPEMENTS**

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