

PROMESSE DE DONNER

Le soussigné/la soussignée

NOM PRÉNOM ou RAISON SOCIALE

ADRESSE

Adresse e-mail : _____ Téléphone : _____

- Promet de donner la somme de (CHF) : _____
En lettres :
- À la fondation **Pôle Santé du Pays-d'Enhaut**, sise route de l'Hôpital 36, 1660 Château-d'Œx
- En vue de la reconstruction d'un hôpital hébergeant des prestations stationnaires et ambulatoires.

Conditions

La donation est soumise aux conditions suivantes :

- Les fonds propres minimaux pour la construction ont été réunis/promis ;
- Un permis de construire est en force.

Exécution

La donation sera exécutée dans les 30 jours suivant la réunion des conditions susmentionnées, à la demande du Conseil de Fondation. Le montant sera transféré sur le compte bancaire suivant :

Pôle Santé du Pays-d'Enhaut

Route de l'Hôpital 17, 1660 Château-d'Œx

Banque	IBAN	SWIFT/BIC
Raiffeisen Alpes Riviera Chablais Vaudois Rue Margencel 7, 1860 Aigle	CH11 8080 8002 2858 7523 1	RAIFCH22

Avec la mention : DON HÔPITAL + prénom et nom.

La Fondation est reconnue de pure utilité publique, de sorte que les donations sont fiscalement déductibles selon les conditions du droit cantonal.

Merci de tout cœur pour votre générosité.

Dispositions finales

Par leurs signatures, le donateur et le donataire déclarent accepter la donation telle que décrite dans le présent contrat. Les modifications et compléments apportés au présent contrat doivent revêtir la forme écrite et faire l'objet d'un accord entre les parties.

Si une disposition du présent contrat était ou venait à être nulle ou invalide, cela n'affecterait pas la validité des autres dispositions. La disposition nulle ou invalide devrait alors être remplacée par une disposition valable se rapprochant le plus possible de l'objet de la disposition sans effet et de la volonté des parties. Il en va de même en cas de lacune du contrat.

Le présent contrat est soumis au droit suisse. Le for est à Château-d'Œx (VD).

Lieu et date

Lieu et date

Signature du donateur

Signature du donataire