

FORMULAIRE D'INTENTION DE LEGS TESTAMENTAIRE



**Fondation
Hôpital
Saint-Eustache**

INFORMATIONS PERSONNELLES

Mme M. Prénom : Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

PROVENANCE DU DON

- par testament
 par actions
 par assurances
 par valeurs mobilières
 par legs de tous les biens

VALEUR DU DON

\$
 \$
 \$
 \$
 \$

Avez-vous un testament ?

- oui** (SVP fournir les coordonnées de votre notaire ou autre professionnel ci-dessous)
- non** (il est recommandé de rencontrer un notaire afin d'officialiser vos volontés philanthropiques et de recevoir toutes les informations à ce sujet.)

Dans le but de faciliter le processus de réalisation de vos volontés philanthropiques, merci de nous fournir les coordonnées du professionnel avec qui vous avez notarié le tout :

Nom du notaire :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Avez-vous nommé un exécuteur testamentaire ?

oui non

Signature : Date :

Nom d'un témoin :

Signature du témoin :

TOUTES LES INFORMATIONS DEMEURERONT CONFIDENTIELLES, À L'USAGE EXCLUSIF DE LA DIRECTION DE LA FONDATION.

Merci de votre soutien. La générosité dont vous témoignez aujourd'hui contribuera assurément à la réalisation de la mission de la Fondation Hôpital Saint-Eustache !

SVP faire parvenir ce formulaire à la Fondation Hôpital Saint-Eustache

520, boul. Arthur-Sauvé, Local CS-012,

Saint-Eustache (Québec) J7R 5B1

450 974-8229 info@fondationhopitalsainteustache.com

www.fondationhopitalsainteustache.com

No. Organisme de bienfaisance : 10183 5445 RR0001



**Fondation
Hôpital
Saint-Eustache**