

# FORMULAIRE DE DONNS PLANIFIÉS



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](mailto:info@fondationhopitalsainteustache.com)

[www.fondationhopitalsainteustache.com](http://www.fondationhopitalsainteustache.com)

No. Organisme de bienfaisance : 10183 5445 RR0001



Fondation  
Hôpital  
Saint-Eustache