

Formulaire Intention de legs

Renseignements personnels :

Nom: _____

Adresse : _____

Ville :

Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Autre contact : _____

Téléphone : _____

Provenance du don	VALEUR \$\$**
<input type="checkbox"/> par testament	\$
<input type="checkbox"/> par actions	\$
<input type="checkbox"/> par assurances	\$
<input type="checkbox"/> legs de tous les biens	\$
<input type="checkbox"/> valeurs mobilières	\$

**Tous les renseignements demeureront confidentiels et réservés uniquement pour la direction de la Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme. La divulgation du montant de votre don est volontaire, il n'est pas obligatoire.

Avez-vous un testament?

- oui*
 non

Si non, il est fortement recommandé de rencontrer un notaire afin d'officialiser vos volontés et recevoir toutes les consignes appropriées.

Avez-vous un exécuteur testamentaire?

- oui*
 non

Autres informations à donner :

Signature : _____

Date : _____

Témoins : _____

Merci pour votre générosité!

Merci de retourner votre formulaire à la Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme
par télécopieur au (450) 431-8336 ou à fondation@cdsj.org Information : (450) 431-8484 #5

Adresse postale : 290, de Montigny, Saint-Jérôme (QC) J7Z 5T3

Adresse civique : Pavillon Marie-Berthe, (bloc G) 185 Durand