



FONDATION
**HÔPITAL
RÉGIONAL**
SAINT-JÉRÔME

FORMULAIRE D'INTENTION DE LEGS

Merci de retourner votre formulaire à :

Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme

par télécopieur au 450 431-8336 ou par courriel à fondation.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

Information : 450 431-8484, poste 5

Adresse postale : 290, rue De Montigny, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3

Adresse civique : 185, rue Durand, Saint-Jérôme

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom :	Téléphone :
Adresse :	Ville :
Province :	Code postal :
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 à la direction de la Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme. La divulgation du montant de votre don est volontaire, elle n'est pas obligatoire.

Avez-vous un testament?

oui

non

Si oui, il est suggéré de nous fournir le nom du professionnel avec qui vous avez notarié votre geste, afin de faciliter tout suivi futur.

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

Avez-vous un exécuteur testamentaire?

oui

non

AUTRES INFORMATIONS:

Signature : _____ Date : _____

Témoins : _____

Merci de votre générosité!