



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](mailto: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!*