




FORMULAIRE DE DON D' ACTIONS



Remplir et retourner par télécopieur au 450 672-1716 • Courriel : fondation@fhclm.ca



IMPORTANT : NE PAS OUBLIER DE REMPLIR ET DE SIGNER LA DÉCLARATION DU DON À LA SECTION 5



1 - COORDONNÉES DU DONATEUR OU DE LA DONATRICE

 Nom: _____  Prénom: _____

 Adresse: _____ app.: _____  Ville: _____

 Province: _____  Code postal: _____

 Téléphone (bureau): _____  Téléphone (résidence): _____

 Cellulaire: _____  Courriel: _____

2 - DESCRIPTION DU DON

 Nom du titre: _____  Quantité: _____

 Numéro de série: _____  Évaluation au moment du transfert: _____

3 - COORDONNÉES DU COURTIER DU DONATEUR

 Nom: _____  Prénom: _____

 Nom de l'entreprise: _____

 Téléphone: _____  Télécopieur: _____

 Courriel: _____

4 - TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DES ACTIONS AU COMPTE DE LA FONDATION HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE

 FINANCIÈRE BANQUE NATIONALE • Numéro de compte: **1B36R3A** • Attn: Bernard Dallaire: **450 462-6364**

5 - DÉCLARATION DU DON À LA FONDATION HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE

Par la présente, je soussigné(e), _____, déclare que

(NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES)

les biens ci-haut mentionnés m'appartiennent et que je peux en disposer à volonté, et que je donne ces dits biens à la Fondation Hôpital Charles-LeMoyne, organisme de bienfaisance enregistré sous le numéro 13460 7936 RR0001, dont le siège social est situé au 3120, boul. Taschereau, Greenfield Park (Québec) J4V 2H1. Fait et signé à :

_____, le _____

(VILLE)

(JOUR, MOIS, ANNÉE)

SIGNATURE DU DONATEUR OU DE LA DONATRICE

SECTION À ÊTRE REMPLIE PAR LA FONDATION HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE

Nous, soussignés : _____

(NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES)

Déclarons être autorisés à recevoir les titres ci-dessus mentionnés au nom de la Fondation Hôpital Charles-LeMoyne et/ou faire le suivi pour assurer leur transfert pour disposition à notre compte. Sur acceptation du don, la Fondation Hôpital Charles-LeMoyne émettra un reçu fiscal pour don de bienfaisance.

Fait et signé à _____, le _____

(VILLE)

(JOUR, MOIS, ANNÉE)

SIGNATURE FONDATION HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE

SIGNATURE FONDATION HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE