

Veillez remplir le formulaire et le retourner par télécopieur au 450 672-1716 ou par courriel à [fondation@fhclm.ca](mailto:fondation@fhclm.ca)

**IMPORTANT : NE PAS OUBLIER DE REMPLIR ET SIGNER LA DÉCLARATION DU DON À LA SECTION 5 ET DE RETOURNER AUSSI UNE COPIE DU FORMULAIRE À VOTRE COURTIER.**

**1. COORDONNÉES DU DONATEUR**

Nom :	Prénom :
Adresse :	Ville :
Province :	Code postal :
Téléphone (résidence) :	Téléphone (bureau) :
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 :
Numéro de compte du donateur :	

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

**FINANCIÈRE BANQUE NATIONALE – 9160, boulevard Leduc, bureau 710, Brossard (Québec) J4Y 0E3**

Courtier : Bernard Dallaire	Téléphone : 450 462-6364
Adjointe : Annie Gola	Téléphone : 450 462-6368
Numéro de compte CAD : <b>1B36R3A</b>	Numéro de compte US : <b>1B36R3B</b>
CUID : NBCS	DTC : 5008

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

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(VILLE)

\_\_\_\_\_  
(JOUR, MOIS, ANNÉE)

\_\_\_\_\_  
(SIGNATURE DU DONATEUR)

**SECTION À REMPLIR 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-LeMoine et/ou faire le suivi pour assurer leur transfert pour disposition à notre compte. Sur acception du don, la Fondation Hôpital Charles-LeMoine émettra un reçu fiscal pour don de bienfaisance.

Fait et signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(VILLE) (JOUR, MOIS, ANNÉE)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE FONDATION HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE