



**FONDATION  
SANTÉ**

Haut-Richelieu | Rouville

## FORMULAIRE D'INTENTION DE DON PLANIFIÉ

*Merci beaucoup de l'intérêt que vous portez à la cause de la santé. En nous informant de votre intention de faire un don différé, vous permettez à la Fondation Santé de mieux préparer l'avenir. Sachez que ce document ne sert qu'à titre d'information pour la Fondation Santé et ne représente en aucun cas un engagement légal de votre part.*

### IDENTIFICATION DU DONATEUR

Prénom, nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (facultative) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU LIQUIDATEUR *(facultatif)*

Prénom, nom : \_\_\_\_\_ Lien avec vous (facultatif) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE DON

- Je désire informer la Fondation Santé que j'ai prévu lui faire un don par testament de \_\_\_\_\_ \$,  
ou de \_\_\_\_\_ % du résidu de ma succession, ou encore de :

- J'ai prévu faire un don par testament à la Fondation Santé, mais **je préfère que les détails ne soient pas dévoilés pour le moment.**



**FONDATION  
SANTÉ**

Haut-Richelieu | Rouville

## FORMULAIRE D'INTENTION DE DON PLANIFIÉ

### RECONNAISSANCE *(choisissez une des trois options suivantes)*

- J'accepte dès maintenant d'être nommé parmi *Les Inspirants***, un titre qui honore publiquement ceux et celles qui ont prévu ou qui ont fait un don planifié à la Fondation Santé.
- Je préfère que mon don demeure anonyme de mon vivant**, mais que mon nom apparaisse dans les outils de reconnaissance lorsque mon don se concrétisera.
- Je souhaite que mon don demeure anonyme.**

Signature :

Date :

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous fournir une copie de la section de votre testament qui concerne votre don prévu à la Fondation Santé. Nous pourrions ainsi nous assurer que vos souhaits sont bien respectés en plus de rendre le suivi plus facile pour les différentes parties. Nous traiterons ces informations de façon confidentielles et comprenons qu'il est possible pour vous de modifier votre testament en tout temps.

Nous vous prions de bien vouloir retourner le présent formulaire, dûment rempli, à :

**Julie Coupal**

Directrice générale de la Fondation Santé

450 359-5000, poste 2777

[julie.coupal@fondationsante.com](mailto:julie.coupal@fondationsante.com)

Fondation Santé

920 boulevard du Séminaire N

Saint-Jean-sur-Richelieu QC J3A 1B7

**N° d'organisme de la Fondation Santé à l'ARC : 118925130 RR 0001**

Merci pour votre geste philanthropique !

[fondationsante.com](http://fondationsante.com)

La sécurité de vos renseignements personnels est importante pour nous. En transigeant auprès de la Fondation Santé, vous acceptez de communiquer certains de vos renseignements personnels et consentez à ce que la Fondation Santé puisse les utiliser, ou les divulguer, sous réserve d'un engagement de confidentialité, à une tierce partie pour des fins pertinentes à sa mission et ce, conformément à sa Politique de confidentialité disponible au [www.fondationsante.com/politiques](http://www.fondationsante.com/politiques). En aucun cas, nous ne vendons les renseignements vous concernant, ni ne les divulguons à des tiers, sauf si la loi l'exige. En tout temps, il vous est possible de retirer votre consentement en communiquant avec nous à l'adresse [rprp@fondationsante.com](mailto:rprp@fondationsante.com)