

Pour les soins de fin de vie de demain dans le KRTB

En planifiant un legs, vous laissez une marque durable pour les personnes qui auront besoin de soins de fin de vie accessibles et de qualité dans le KRTB.

Merci du fond du cœur !



Les informations demandées dans ce formulaire demeurent **confidentielles**, mais sont extrêmement utiles pour la Fondation, à la fois à des fins financières et de saine gouvernance. Merci, si possible, de le remplir et de nous le retourner au moment opportun.

Informations personnelles

Madame Monsieur

Âge (optionnel) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

Information sur le conjoint/conjointe/partenaire de vie

À compléter si vous planifiez un engagement de couple.

Madame Monsieur

Âge (optionnel) :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

Parlez-nous du don que vous avez planifié

En remplacement de ce formulaire, vous pouvez aussi nous transmettre une copie de votre testament (ou un extrait de celui-ci, selon le cas) afin de nous faire part de vos intentions.

Date du testament :

Forme du testament :

Notarié

Devant témoin

Olographe

Quel type de don** :

Un legs particulier (Un montant précis ou un bien déterminé)

Un legs résiduaire (La totalité ou un pourcentage de ce qui reste après le paiement des dettes et des legs particuliers. Indiquer le %)

Un legs universel (La totalité des biens parfois divisé entre plusieurs bénéficiaires. Indiquez le pourcentage %)

Désignation de la Fondation comme bénéficiaire d'un régime d'épargne-retraite, d'une caisse de retraite ou d'une police d'assurance-vie.

**À moins d'une indication contraire de votre part, votre don sera affecté aux projets prioritaires de la Fondation.

Conditions de réalisation du don

Nous sommes un couple et le don à la Fondation se concrétisera au 2^e décès.

La Fondation est un bénéficiaire subsidiaire en cas de décès d'un autre bénéficiaire

La Fondation sera bénéficiaire s'il y a décès simultané de tous les premiers bénéficiaires.

Montant du don

Montant connu : \$

Montant estimé : \$

Votre liquidateur testamentaire

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Téléphone : Courriel :

Votre conseiller financier ou juridique (notaire)

Nom : Prénom :

Téléphone : Courriel :

Afin d'encourager d'autres donateurs à suivre votre exemple, acceptez-vous que votre engagement soit reconnu dans nos différents outils de communication (rapport annuel, site Web, réseaux sociaux, etc.) ?

Oui, dès maintenant Oui, mais à mon décès seulement Non

Si oui, veuillez inscrire le nom exact qui sera publié :

Bienvenue dans le Cercle de cœur du KRTB, notre façon de remercier ceux et celles qui comme vous expriment votre soutien pour perpétuer la mission de la Maison et de son Centre de jour!

Signature

Date

Merci de nous retourner ce formulaire en toute confidentialité à :

Fondation de la Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB

44, rue de Chauffailles

Rivière-du-Loup

(Québec) G5R 4E1

Par courriel : soutienadmin@maisondesjardins.com

Pour toutes questions, contactez-nous au 581 337-7131.

N^o à l'ARC : 848130563RR0001



**FONDATION
Maison
Desjardins**