

Confirmation de don planifié à la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Numéro d'organisme de bienfaisance 107 391 757 RR0001

Je, _____, confirme que j'ai inscrit la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (FHMR).

J'ai nommé la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à titre de bénéficiaire:

- D'une propriété, d'une somme d'argent ou d'une partie (totalité ou un pourcentage) de ma succession
- Don d'épargne-retraite (REER/FERR)
- Don de police d'assurance-vie
- Rente de bienfaisance
- Autre

Important : merci d'inclure une copie de la clause testamentaire dans laquelle l'OSM est désigné bénéficiaire.

Coordonnées

Prénom, Nom _____

Rue _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Adresse courriel _____

Téléphone(s) _____

Date _____

Signature _____

Reconnaissance

En guide de reconnaissance pour votre engagement envers la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, nous aimerions souligner votre généreuse contribution dans nos publications et nos tableaux de donateurs et vous convier aux événements du cercle des donateurs planifiés de FHMR :

- Je consens à ce que mon nom paraisse dans vos publications
- Je souhaite faire partie du cercle des donateurs de dons planifiés de FHMR.
- Je désire conserver l'anonymat.

Veuillez remplir et retourner le formulaire à **Valérie Paquette**, Conseillère, dons majeurs, par la poste au 270-5345, boulevard de l'Assomption à Montréal (Québec) H1T 4B3, par télécopieur au 514 252-3943 ou par courriel au ypaquette@fondationhmr.ca