



Dons de legs au  
Centre de bien-être de l'Ouest-de-l'Île pour  
personnes atteintes de cancer

**Veillez cocher la case appropriée et la présenter à votre notaire / avocat**

- Don par testament pour un montant de \_\_\_\_\_
- Don de mon assurance vie pour un montant de \_\_\_\_\_
- Don de ma caisse de retraite pour un montant de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du donateur

\_\_\_\_\_  
Signature du donateur

\_\_\_\_\_  
Date

\*\*\*\*\*

LEGACY GIFTING TO  
THE WEST ISLAND CANCER WELLNESS CENTRE

**Please check to appropriate box and present this to your Notary/Lawyer**

- Gift from by **WILL** in the amount of \_\_\_\_\_
- Gift from my **Life Insurance** in the amount of \_\_\_\_\_
- Gift from my **Retirement fund** in the amount of \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name of Gifter/Donor

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

115 rue Du Barry  
Kirkland, QC  
H9H 0C4

5521 2221 RR0001