



FIGHTING  
BLINDNESS  
CANADA

VAINCRE  
LA CÉCITÉ  
CANADA

# FORMULAIRE DE LEGS CARITATIF

MERCI D'AVOIR CHOISI DE LAISSER UN LEGS CARITATIF À VAINCRE LA CÉCITÉ CANADA. GRÂCE À VOUS, LA RECHERCHE CRUCIALE CONTRE LES MALADIES OCULAIRES DÉVASTATRICES SE POURSUIVRA POUR DES ANNÉES.

**J'atteste mon engagement envers la mission de Vaincre la cécité Canada. Ainsi :**

- J'ai inscrit Vaincre la cécité Canada dans mon testament ou mon plan successoral.
- Je compte inscrire Vaincre la cécité Canada dans mon testament ou mon plan successoral.

**Veillez remplir ce formulaire de confidentialité et nous le faire parvenir.**

M<sup>me</sup>  M.  Dr  Autre: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
M J A

Nom du conjoint/de la conjointe (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Adresse municipale : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province/État : \_\_\_\_\_ Code Postale : \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_

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

**Les gens qui choisissent de laisser un legs caritatif à Vaincre la cécité Canada sont invités à joindre le Cercle des visionnaires.**

Vous pouvez demander que votre contribution demeure anonyme, auquel cas vous pourrez tout de même profiter des avantages associés au **Cercle des visionnaires**. Indiquez ci-dessous votre préférence.

- J'aimerais joindre le **Cercle des visionnaires**, mais demeurer anonyme.
- J'aimerais joindre le **Cercle des visionnaires**. J'aimerais que le nom suivant soit utilisé dans toutes les mentions de ma contribution :  
\_\_\_\_\_

*Suite au verso*

# FORMULAIRE DE LEGS CARITATIF

SUITE

## Type de legs caritatif : (facultatif)

- Don testamentaire     Don de titres     Don d'assurance vie  
 Don au bénéficiaire (REER/FERR/CELLI, police d'assurance vie)

## Veillez fournir tout renseignement que vous jugez pertinent :

(Tous les renseignements que vous nous fournirez resteront strictement confidentiels et serviront à des fins de planification uniquement.)

Signature du donateur/de la donatrice : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

M      J      A

Signature du conjoint/de la conjointe : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

M      J      A

(le cas échéant)

**Ceci n'est PAS d'un document juridique.**

Ce formulaire vous ouvre les portes du **Cercle des visionnaires**. Vous joindrez un groupe de Canadiennes et Canadiens courageux et passionnés qui, comme vous, rêvent d'un avenir sans cécité. Vaincre la cécité Canada aimerait souligner votre contribution, qui l'aidera à **Ne jamais perdre de vue le combat... et à changer des vies**. Ce geste vous érige en visionnaire, une personne qui désire contribuer tangiblement à éliminer les maladies oculaires pour les générations actuelles et futures. Si vous le souhaitez, votre nom apparaîtra dans la liste des membres du **Cercle des visionnaires** et vous recevrez régulièrement des nouvelles concernant les réalisations et les défis de Vaincre la cécité Canada.

## CONTACTEZ-NOUS

Notre personnel responsable des collectes de fonds a les compétences et l'expérience pour vous aider à déterminer le don qui convient à votre situation. Il répondra à toutes vos questions dans la plus stricte confidentialité. Pour discuter avec un membre de notre équipe, contactez :

**Pour discuter avec un membre de notre équipe, contactez Doug Smith, agent, Relations avec les donateurs, au [dsmith@fightingblindness.ca](mailto:dsmith@fightingblindness.ca) ou au 1-800-461-3331 poste 237.**



FIGHTING  
BLINDNESS  
CANADA

VAINCRE  
LA CÉCITÉ  
CANADA

**Courriel** [info@fightingblindness.ca](mailto:info@fightingblindness.ca) **Téléphone** 416-360-4200 **Sans frais** 1-800-461-3331

**Adresse** 890, rue Yonge, 12e étage, Toronto (Ontario) M4W 3P4 **FIGHTINGBLINDNESS.CA/FR**

Numéro d'enregistrement d'un organisme de bienfaisance 119129369 RR0001