

REMISE DES TESTAMENTS

En vertu des articles 4, 6 et 7 du *Règlement sur les registres des dispositions testamentaires et des mandats de protection*, c. B-1, r. 18,
Loi sur le Barreau, RLRQ, c. B-1

IMPORTANT

- Veuillez remplir ce formulaire à l'écran avant de l'imprimer, de le signer et de nous le transmettre par la poste.
- Au besoin, joindre des copies additionnelles de la page 2 et indiquer ici le nombre de copies additionnelles jointes : _____

Renseignements sur le DÉPOSITAIRE

Nom : _____ Prénom(s) : _____ Numéro de membre :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Domicile professionnel

N° civique : _____ Rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

Code postal (*zip code*) : _____ Pays (si hors du Canada) : _____

Renseignements sur le : TESTATEUR FONDÉ DE POUVOIR

Nom : _____ Prénom(s) : _____ Masculin Féminin

Domicile professionnel ou résidence

N° civique : _____ Rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

Code postal (*zip code*) : _____ Pays (si hors du Canada) : _____

Documents remis à la personne mentionnée précédemment

Nature de la disposition testamentaire à remettre Testament Codicille Révocation

Numéro d'inscription original attribué par le Barreau du Québec : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du testateur : _____ Prénom(s) : _____

Date de l'acte : _____/_____/_____
jj/mm/aaaa Masculin Féminin

Nature de la disposition testamentaire à remettre Testament Codicille Révocation

Numéro d'inscription original attribué par le Barreau du Québec : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du testateur : _____ Prénom(s) : _____

Date de l'acte : _____/_____/_____
jj/mm/aaaa Masculin Féminin

Nature de la disposition testamentaire à remettre Testament Codicille Révocation

Numéro d'inscription original attribué par le Barreau du Québec : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du testateur : _____ Prénom(s) : _____

Date de l'acte : _____/_____/_____
jj/mm/aaaa Masculin Féminin

Nature de la disposition testamentaire à remettre Testament Codicille Révocation

Numéro d'inscription original attribué par le Barreau du Québec : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du testateur : _____ Prénom(s) : _____

Date de l'acte : _____/_____/_____
jj/mm/aaaa Masculin Féminin

Nature de la disposition testamentaire à remettre Testament Codicille Révocation

Numéro d'inscription original attribué par le Barreau du Québec : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du testateur : _____ Prénom(s) : _____

Date de l'acte : _____/_____/_____
jj/mm/aaaa Masculin Féminin

Nature de la disposition testamentaire à remettre Testament Codicille Révocation

Numéro d'inscription original attribué par le Barreau du Québec : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du testateur : _____ Prénom(s) : _____

Date de l'acte : _____/_____/_____
jj/mm/aaaa Masculin Féminin

Veillez joindre des copies additionnelles de la page 2 au besoin

(feuille additionnelle disponible en cliquant ici) et indiquer le nombre de copies additionnelles jointes : _____

Déclaration du DÉPOSITAIRE

Le **DÉPOSITAIRE** déclare, en date du ____/____/____ (jj/mm/aaaa), avoir remis au **TESTATEUR OU SON FONDÉ DE POUVOIR** l'original des dispositions testamentaires inscrites sur le Registre des testaments du Barreau du Québec mentionnées aux présentes et confirme lui en avoir remis la garde physique, le tout conformément au *Règlement sur les registres des dispositions testamentaires et des mandats de protection*.

En foi de quoi, le **DÉPOSITAIRE** a signé à _____, ce ____ jour du mois de _____ 20__.

Signature du **DÉPOSITAIRE** : _____
(tout document non signé sera retourné à son expéditeur)

Déclaration du TESTATEUR ou de son FONDÉ DE POUVOIR

Le **TESTATEUR OU SON FONDÉ DE POUVOIR** déclare avoir reçu du **DÉPOSITAIRE** l'original des dispositions testamentaires inscrites sur le Registre des testaments du Barreau du Québec mentionnées aux présentes et confirme en avoir reçu la garde physique, le tout conformément au *Règlement sur les registres des dispositions testamentaires et des mandats de protection*.

En foi de quoi, le **TESTATEUR OU SON FONDÉ DE POUVOIR** a signé à _____, ce ____ jour du mois de _____ 20__.

Signature du **TESTATEUR OU SON FONDÉ DE POUVOIR** : _____
(tout document non signé sera retourné à son expéditeur)

Veillez GARDER UNE COPIE de ce formulaire et RETOURNER PAR LA POSTE à l'adresse suivante :

l'original du formulaire dûment rempli et signé les copies additionnelles de la page 2 au besoin

Préposé aux registres / Service des greffes
Maison du Barreau, 445, boulevard Saint-Laurent, 4^e étage, Montréal (Québec) H2Y 3T8