

Renseignements sur le TESTATEUR

Nature de la disposition testamentaire à inscrire Testament Codicille Révocation

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Masculin Féminin

Date de naissance : ____/____/____
jj/mm/aaaa

N° d'assurance sociale : |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Domicile résidentielle

N° civique : _____ Rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

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

Date de l'acte : ____/____/____ Date de réception de l'acte par l'avocat : ____/____/____
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

10 \$ (plus les taxes applicables – TVA no 1006163188 TQ002 TPS no 10677 3344 RT0001) 11,50 \$

Espace réservé à l'usage du Barreau.

Numéro d'inscription : |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Nature de la disposition testamentaire à inscrire Testament Codicille Révocation

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Masculin Féminin

Date de naissance : ____/____/____
jj/mm/aaaa

N° d'assurance sociale : |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Domicile résidentielle

N° civique : _____ Rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

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

Date de l'acte : ____/____/____ Date de réception de l'acte par l'avocat : ____/____/____
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

10 \$ (plus les taxes applicables – TVA no 1006163188 TQ002 TPS no 10677 3344 RT0001) 11,50 \$

Espace réservé à l'usage du Barreau.

Numéro d'inscription : |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Nature de la disposition testamentaire à inscrire Testament Codicille Révocation

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Masculin Féminin

Date de naissance : ____/____/____
jj/mm/aaaa

N° d'assurance sociale : |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Domicile résidentielle

N° civique : _____ Rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

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

Date de l'acte : ____/____/____ Date de réception de l'acte par l'avocat : ____/____/____
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

10 \$ (plus les taxes applicables – TVA no 1006163188 TQ002 TPS no 10677 3344 RT0001) 11,50 \$

Espace réservé à l'usage du Barreau.

Numéro d'inscription : |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

*Veuillez joindre des copies additionnelles de la page 2 au besoin
(feuille additionnelle disponible en cliquant ici) et indiquer le nombre de copies additionnelles jointes : _____*

Nature de la disposition testamentaire à inscrire Testament Codicille Révocation

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Masculin Féminin

Date de naissance : ____/____/____

N° d'assurance sociale : |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

jj/mm/aaaa

Domicile résidentielle

N° civique : _____ Rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

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

Date de l'acte : ____/____/____ Date de réception de l'acte par l'avocat : ____/____/____
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

10 \$ (plus les taxes applicables – TVA no 1006163188 TQ002 TPS no 10677 3344 RT0001) 11,50 \$

Espace réservé à l'usage du Barreau.

Numéro d'inscription : |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Nature de la disposition testamentaire à inscrire Testament Codicille Révocation

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Masculin Féminin

Date de naissance : ____/____/____

N° d'assurance sociale : |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

jj/mm/aaaa

Domicile résidentielle

N° civique : _____ Rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

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

Date de l'acte : ____/____/____ Date de réception de l'acte par l'avocat : ____/____/____
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

10 \$ (plus les taxes applicables – TVA no 1006163188 TQ002 TPS no 10677 3344 RT0001) 11,50 \$

Espace réservé à l'usage du Barreau.

Numéro d'inscription : |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

TOTAL dû : (Ajoutez les montants dus pour chaque inscription)

En foi de quoi, j'ai signé à _____, ce _____ jour
du mois de _____ 20____.

Signature du l'avocat : _____

(tout document non signé sera retourné à son expéditeur)

Veillez GARDER UNE COPIE de ce formulaire et RETOURNER PAR COURRIEL ou par la POSTE à l'adresse suivante :

- l'original du formulaire dûment rempli et signé
- les copies additionnelles de la page 2 au besoin
- le reçu de paiement ou un chèque au montant total dû à l'ordre du Barreau du Québec

Préposé aux registres / Service des greffes

Maison du Barreau, 445, boulevard Saint-Laurent, 4^e étage, Montréal (Québec) H2Y 3T8
rdtmq@barreau.qc.ca