



## Formulaire d'adhésion en tant que membre utilisateur Parts sociales obligatoires

Je soussigné (e), (votre nom et prénom) \_\_\_\_\_, demande à être admis comme membre utilisateur de la Coopérative Solidarité Santé Saint-Blaise-sur-Richelieu. Je déclare être en mesure de participer à l'objet pour lequel la coopérative est constituée. Je m'engage à respecter les règlements de la coopérative.

Je consens volontairement à souscrire dans la coopérative cinq (5) parts sociales de 10 dollars chacune (50\$), payable selon les modalités déterminées par règlement.

Les parts sociales ne sont payables qu'une fois et sont remboursables. Cependant nous demandons d'en faire don afin que nous puissions les investir dans l'achat d'équipement médical.

**Je consens à donner la totalité de mes parts sociales (50\$) à la Coopérative pour l'achat de matériel et de l'équipement médical :**

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## Cotisation annuelle

**J'accepte de défrayer une cotisation annuelle (non remboursable), fixée par le conseil d'administration :**

- **Adulte: 125\$ plus taxes : 143.72\$**
- **1<sup>er</sup> enfant de la famille: 60 \$ plus taxes : 68.98\$**
- **2<sup>e</sup> enfant et les suivants: 30\$ plus taxes : 34.49\$**

Cette contribution servira à contribuer au financement des frais d'exploitation de la clinique médicale, des services offerts par les infirmiers et des activités de prévention et de promotion de la santé, tout en sachant que le paiement de la cotisation ou de la part sociale ne constitue aucunement une condition préalable pour avoir accès ou une priorité au médecin pratiquant à la clinique de la Coopérative. Seuls les médecins sont habilités à prendre en charge un patient selon les critères dictés par leur code de déontologie  
J'ai bien saisi cette information(signature) : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ EXP.(AAAA-MM) \_\_\_\_\_  
NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_ RUE : \_\_\_\_\_ APP. : \_\_\_\_\_  
MUNICIPALITÉ : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ AU TRAVAIL : \_\_\_\_\_  
AUTRE TÉL : \_\_\_\_\_ COURRIEL : \_\_\_\_\_

**SVP inscrire votre courriel en lettre moulée, merci. Toutes les nouvelles sont acheminées par courriel.**

**PHARMACIE OÙ SE TROUVE VOTRE DOSSIER (Bannière et adresse) :** \_\_\_\_\_

**\*J'AI DÉJÀ UN MÉDECIN DE FAMILLE :** NON \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ **NOM DU MÉDECIN :** \_\_\_\_\_