

COOP SANTÉ EASTMAN et les environs

366, rue Principale, Eastman QC J0E 1P0
www.coopsanteeastman.com

t. 450-297-4777
f. 450-297-4151

Parts sociales

Acquérir ses parts de la coopérative, c'est en devenir membre-propriétaire à part entière. Il s'agit d'un paiement unique de 50\$ à l'inscription, qui peut faire l'objet d'un remboursement au moment du retrait ou d'un don volontaire. Toute demande de retrait doit se faire par avis écrit 30 jours avant l'échéance de la contribution annuelle (article 55 de la Loi sur les coopératives). Les règlements de la Coop sont disponibles sur demande.

Initiales du membre

Contribution annuelle

La contribution annuelle permet d'offrir des services de santé de proximité à l'ensemble des membres de la Coop et d'assurer le maintien de la Coop ainsi que le développement de son offre de service. **La contribution est annuelle et payable jusqu'à la date de renouvellement, elle n'est pas remboursable.**

N.B. UN FORMULAIRE PAR ADULTE

NOM _____ PRÉNOM _____

Date de naissance (jjmmaaaa) _____

Enfant _____ Date de naissance (jjmmaaaa) _____

(jusqu'à 25 ans, si étudiant à temps plein et vivant à la même adresse qu'un membre parent)

Enfant _____ Date de naissance (jjmmaaaa) _____

(jusqu'à 25 ans, si étudiant à temps plein et vivant à la même adresse qu'un membre parent)

No civique _____ Rue _____ App. _____

Ville _____ Code postal _____ Tél. _____

Cellulaire _____ Courriel _____

J'accepte de faire don de mes parts sociales à la COOP

Parts sociales (Payable à l'inscription) 50,00\$ Payé en argent par chèque crédit/débit

Contribution annuelle (Payable à l'inscription)

Adulte 137\$ tx incl Adulte+1 enfant 187\$ tx incl. Adulte+2 enfants (ou plus) 237\$ tx incl.

Type de paiement

Prélèvement annuel par débit préautorisé * Paiement annuel par carte de crédit

Exp. Code

* Le formulaire d'autorisation doit être annexé.

J'autorise la Coop Santé Eastman à prélever et renouveler ma cotisation selon le mode de paiement choisi.

Signature : _____ Date : _____