

COOP SANTÉ EASTMAN et les environs

Réservé à
l'administration Membre no _____

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

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

Partis 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.

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

Partis 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 : _____