



COOP SANTÉ EASTMAN et les environs

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

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

Réservé à
l'administration Membre no _____

Les adhésions en provenance des municipalités partenaires (Eastman, Austin, St-Étienne-de-Bolton et Stukely-Sud) seront priorisées en tout temps. Les demandes en provenance des autres municipalités de la MRC Memphrémagog sont aussi acceptées.

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.**

SVP COMPLÉTER UN FORMULAIRE PAR ADULTE

NOM _____ PRÉNOM _____

Date de naissance _____ # RAMQ _____ Expiration : _____

Veillez nous indiquer si vous avez des allergies à un médicament en particulier. Si oui, spécifiez lequel (Lesquels) ? _____

No civique _____ Rue _____ App. _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone maison _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel _____

La Coop Santé Eastman communiquera avec vous par courriel pour votre renouvellement annuel, avis de retard de paiement, infolettre mensuelle, et autres, au besoin. Cela nous permet de réduire nos coûts postaux mais surtout de faire notre part pour l'environnement.

Avez-vous un conjoint déjà membre à la Coop Santé Eastman? Si oui, svp nous indiquer son nom :

Enfants à ajouter sur votre adhésion (si requis) :

1 er Enfant _____ Date de naissance _____

RAMQ _____ Expiration: _____
(Jusqu'à 25 ans, si étudiant à temps plein et vivant à la même adresse qu'un membre parent)

2^e Enfant _____ Date de naissance _____

RAMQ _____ Expiration : _____
(Jusqu'à 25 ans, si étudiant à temps plein et vivant à la même adresse qu'un membre parent)

Veillez nous indiquer si votre enfant a des allergies à un médicament en particulier. Si oui, lequel
(Lesquels)? _____

Veillez nous indiquer le nom et l'adresse de la pharmacie où vous souhaitez que vos prescriptions soient transmises :

PAIEMENT :

J'accepte de faire don de mes parts sociales de 50,00\$ à la COOP

Parts sociales (Payable à l'inscription) 50,00\$

Contribution annuelle (Payable à l'inscription)

Adulte : 142 tx incl Adulte + 1 enfant : 192\$ tx incl. Adulte + 2 enfants (ou plus) : 242\$ tx incl.

Mode de paiement :

Prélèvement annuel par débit préautorisé * chèque carte débit / argent comptant Interac **

* Veuillez joindre le formulaire d'autorisation qui se trouve sur notre site web accompagné d'un spécimen de chèque

** Veuillez communiquer avec nous pour la question et réponse de sécurité

Signature : _____ Date : _____

ENVOYER PAR COURRIEL : info@coopsanteeastman.com OU PAR LA POSTE : 366, rue Principale, Eastman J0E 1P0