



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-proprétaire 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 _____ # RAMQ _____ Expiration : _____

Enfant _____ Date de naissance _____ # RAMQ _____
(jusqu'à 25 ans, si étudiant à temps plein et vivant à la même adresse qu'un membre parent)

Enfant _____ Date de naissance _____ # RAMQ _____
(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 _____ Téléphone maison _____ Cellulaire : _____

Courriel _____

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

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

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 (Nous encourageons le prélèvement préautorisé afin de réduire nos frais administratifs)

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

* Veuillez joindre le formulaire d'autorisation ainsi qu'un spécimen de chèque

J'autorise la Coop Santé Eastman à prélever et renouveler ma cotisation.

Signature : _____ Date : _____

Nouveau membre



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

ENVOYER PAR COURRIEL : info@coopsanteeastman.com OU PAR FAX : 450-297-4151 OU PAR LA POSTE : 366, rue Principale, Eastman J0E 1P0