



# COOP SANTÉ EASTMAN et les environs

Membre no \_\_\_\_\_

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

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

## Renouvellement Cotisation annuelle

Veuillez inscrire vos nom et prénom  
et compléter le formulaire que s'il y a des changements.

**N.B. La contribution est annuelle et payable jusqu'à la date de renouvellement, elle n'est pas remboursable.**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

### Contribution annuelle

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

### Type de paiement

Payé en argent  Par chèque  Crédit/débit

### Paiement annuel automatique par carte de crédit – S.V.P. inscrire le numéro de carte

Exp.     Code de 3 chiffres au verso

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

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_