



Nouveau membre

Réservé à l'administration Membre no _____

COOP SANTÉ EASTMAN et les environs

15 rue Lapointe, Eastman QC J0E 1P0
www.coopsanteeastman.com

Parts de qualification : 50\$

Acquérir ses parts de la coopérative, c'est en devenir membre-propriétaire à part entière. Il s'agit d'un paiement unique 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. Les montants ont été définis comme suit:

- **125,00\$** tx incl. par personne par année
- **62,50\$** tx incl. de plus par enfant, montant maximum de 2 enfants; gratuit pour les suivants

N.B. 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 _____

Enfant _____ Enfant _____

No civique _____ Rue _____ App. _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

Tél. princ. _____ Cellulaire _____

Courriel _____ J'accepte de faire don de _____

IMPORTANT : Merci de nous autoriser à communiquer par courriel – c'est vert!

mes parts à la COOP Oui _____ Non _____

Parts sociales

Nouveau membre **50\$** Payé en argent Par chèque Crédit/débit
Payable à l'inscription

Contribution annuelle

Adulte 125\$ tx incl Adulte+1 enfant 187,50\$ tx incl Adulte+2 enfants (ou plus) 250\$ tx incl

Type de paiement

* Prélèvement annuel par débit préautorisé Payé en argent Par chèque Crédit/débit

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

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ Exp. □□□□ CVV2 (3 chiffres au verso) □□□

* Le prélèvement mensuel est disponible exceptionnellement après entente avec la Coop. Cette entente n'exempte pas tout membre qui souhaite se retirer en cours d'année du paiement du solde dû de sa contribution annuelle.

* Le formulaire d'autorisation doit être annexé.

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

Signature : _____ Date : _____