



Membre no _____

Renouvellement Cotisation annuelle

Veillez 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 : 165\$ tx incl Adulte+1 enfant : 215\$ tx incl. Adulte+2 enfants (ou plus) : 265\$ tx incl.
<



COOP SANTÉ EASTMAN et les environs

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

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

Membre no _____

Modes de paiement

- Prélèvement annuel par débit autorisé* Zeffy ** chèque
 carte débit / argent comptant (svp vous présenter à nos bureaux)

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

** lien Zeffy : <https://www.zeffy.com/fr-CA/ticketing/renouvellement-annuel>



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