

Formulaire d'adhésion

SECTION 1 – Renseignements personnels

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone principal : _____

Cellulaire : _____

Date de naissance : _____

Courriel : _____

Médecin de famille : _____

Enfants de moins de 18 ans
(Adhésion gratuite avec l'un des parents)

Nom (complet)	Date de naissance	Médecin de famille
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Je désire recevoir l'avis de paiement de la contribution annuelle : Par courriel Par la poste

SECTION 2 – Parts sociales et contribution annuelle

L'adhésion est au coût de **75 \$**.

De cette somme, un montant de **50 \$** correspond à l'acquisition de **cinq (5) parts sociales de qualification**.

Contribution annuelle

Une contribution annuelle de **21,74 \$** est demandée pour la première année.

Les contributions annuelles subséquentes sont déterminées par le conseil d'administration selon les besoins de la coopérative.

Adhésion

Parts sociales.....	50,00 \$
Contribution annuelle	21,74 \$
TPS.....	1,09 \$
TVQ.....	2,17 \$
Total.....	75,00 \$

SECTION 3 – Paiement et signature

Montant : **75 \$**

Mode de paiement :

- Chèque (à l'ordre de *Coopérative de santé Sud de la Beauce*)
- Comptant (venir porter le tout directement au secrétariat)
- Possibilité d'effectuer votre paiement Carte de débit ou crédit au Municipalités respectives

Signé à _____, le _____
(Nom de la ville) (date)

(Signature du membre)

Veuillez nous faire parvenir le formulaire en incluant votre paiement.

Courriel : info@coopsantesudbeauce.com

Par la poste : 101-2975 25ième Avenue, Saint-Prospier, Qc, G0M 1Y0