

Numéro de membre

Date : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_

**FORMULAIRE D’ADMISSION**

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Raison de l’inscription** |  |  |  |
|  |
| **Nom, Prénom** | **Date de naissance** | **Adresse** |  **Code postal** |
|  |  |  |  |
| **Téléphone** | **Téléphone autre** | **Médecin traitant** | **Adresse courriel (Contribution, infolettre)** |
|  |  |  |  |

**ENFANTS :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, Prénom** | **Date de naissance** | **Médecin traitant** |
|  |  |  |
| **Nom, Prénom** | **Date de naissance** | **Médecin traitant** |
|  |  |  |
| **Nom, Prénom** | **Date de naissance** | **Médecin traitant** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| En devenant membre de la Coopérative Solidarité Santé le Rocher, je m’engage à respecter ces règlements et déclare avoir la capacité effective d’être un usager des services de la Coopérative. |
| Je souscris à la Coopérative pour **une part sociale de 50$**(**non taxable**). |

|  |
| --- |
| **IMPORTANT** |

|  |
| --- |
| **Coût d’admission à la Coopérative** |
| Je comprends que l’achat d’une part sociale fera de moi un membre de la Coopérative. Si je ne désire plus être membre, ma part sociale me sera remboursée conformément à la *Loi sur les Coopératives du Québec* et selon la capacité financière de la Coopérative à me rembourser. |

|  |
| --- |
| **Contribution annuelle** |
| Je comprends que le paiement de la contribution annuelle est essentiel à la survie de la Coopérative et qu’il favorise la présence des services de santé dans ma communauté.Je comprends aussi que la contribution annuelle demandée par la Coopérative servira entièrement à financer les frais d’exploitation de la Coopérative.  |

|  |
| --- |
| **Services exclusifs aux membres**  |
| En m’inscrivant à la Coopérative, j’obtiens un accès exclusif à plusieurs services, notamment : des rabais en kinésiologie, des conférences santé et un carnet avantages procurant des centaines de dollars de rabais dans la région. Je contribue aussi par mon effort à maintenir et développer les services de santé dans la région.**Noter bien que l’adhésion à la Coopérative ne garantit cependant pas l’accès à un médecin et n’accorde aucun privilège en ce sens.**  |

|  |
| --- |
| La Coopérative Solidarité Santé le Rocher, votre santé à proximité! |
|  |
| **J’ai pris connaissance et accepte le texte ci-dessus :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  **Signature**  |