

Renseignements personnels
(remplir un formulaire par adulte)

ADULTE

Note : utiliser un différent formulaire pour un étudiant à temps plein entre 17-21 ans

Nom (à la naissance)		Prénom		
Adresse		Municipalité/Ville		Province
Code postal		Date de naissance : Année Mois Jour		
Téléphone : Maison		Travail		Cellulaire Urgence #
Courriel (en lettres moulées)				
<ul style="list-style-type: none"> • Enfants 0-16 ans ayant la même adresse permanente que le parent-membre, n'ont pas à souscrire pour les parts sociales; • Enfants 0-16 ans : aucune cotisation annuelle à payer (naturellement si le parent est membre); <p><i>Veillez prendre note que les noms mentionnés ci-dessous doivent être inscrits sur UN seul formulaire.</i></p>				
Nom et prénom de l'enfant			Date de naissance	
Nom et prénom de l'enfant			Date de naissance	
Nom et prénom de l'enfant			Date de naissance	

Je suis à la recherche d'un médecin de famille : Oui Non Mon médecin de famille est _____

Adhésion à la coopérative

- Je souscris cinq (5) parts sociales à 10 \$, une somme de 50 \$ pour devenir membre de la Coop Centre de santé de la Vallée Massawippi.
- J'accepte également de payer la contribution annuelle (taxable et non remboursable).
- Je reconnais également avoir reçu et lu toute l'information au verso de ce formulaire d'adhésion et que j'ai également signée.

Signature et mode de paiement

<p>Achat</p> <p>de parts sociales</p> <p>d'investissement:</p> <p>50 \$</p>	<p>Mode de paiement :</p> <p>Le paiement doit accompagner le formulaire d'adhésion pour que celui-ci soit valide.</p>
	<p><input type="checkbox"/> Comptant</p> <p>(SVP remettre le montant de 50 \$ au personnel du Centre de santé situé au 1082, rue Main, Ayer's Cliff pendant les heures d'ouverture - ne pas envoyer d'argent par courrier)</p> <p><input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre de : Centre de Santé de la Vallée Massawippi</p> <p>(SVP faire parvenir votre chèque avec le formulaire au Centre de santé à l'adresse suivante: 1082, rue Main, Ayer's Cliff <u>ou</u> le remettre au personnel du Centre de santé pendant les heures d'ouverture)</p>

Signé à _____, _____ (date)

X Signature du membre _____ (municipalité)



Veillez s'il vous plaît lire attentivement tout ce qui suit et signer au bas du formulaire.

ADULTE

- Les AVANTAGES que me procure mon statut de membre sont :
 - Accès aux services médicaux et professionnels et des soins infirmiers tels que les tests sanguins, la vérification de la pression sanguine, la vaccination, le changement de pansements, etc.
 - Je peux avoir accès et participer à des programmes en prévention et en promotion de la santé, mis sur pied par ma Coop du Centre de santé.
 - Je peux m'impliquer dans les activités d'organisation et de développement de ma Coop du Centre de santé et ainsi participer au processus visant à améliorer ma communauté, ma santé et la santé de ma communauté.
 - Je peux assister à chaque année à l'Assemblée générale annuelle de ma Coop du Centre de santé dans le but d'interagir avec ses dirigeants et d'autres membres impliqués. J'en apprendrai beaucoup sur ce qui a été fait et sur ce qui s'en vient, je peux poser des questions et participer à la prise de décisions.
 - Je peux jouir de la satisfaction de savoir que je contribue directement au développement social, économique et communautaire de mon milieu de vie, et que je fais preuve de solidarité.

- La Coopérative s'engage à traiter tout renseignement personnel avec la plus stricte confidentialité.
- La part sociale et la cotisation annuelle servent à contribuer au financement des frais d'exploitation du centre de santé, des services offerts par les infirmières et des activités de prévention et promotion de la santé. Veuillez noter que la part sociale et la cotisation annuelle ne constituent aucunement une condition préalable pour avoir accès ou une priorité d'accès à un médecin pratiquant au centre de santé de la coopérative de solidarité.

- J'aimerais contribuer à la vie de cette communauté et m'impliquer dans ce projet de développement social :

Oui Non

Mes compétences sont les suivantes:

5. Les frais de cotisation peuvent être modifiés par la direction du conseil d'administration :

COTISATION	MENSUELLE	ANNUELLE
MEMBRE - ADULTE	15 \$/mois : 13,05 \$ plus TPS (5%) plus TVQ (9.975%)	180 \$/année : 156,56 \$ plus TPS (5%) plus TVQ (9.975%)

MODE DE PAIEMENT	INSTRUCTIONS ET/OU DOCUMENTS À JOINDRE avec le formulaire d'adhésion
DÉBIT MENSUEL PRÉAUTORISÉ <input type="checkbox"/> 15 \$	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire bancaire (PAD) Chèque "annulé"
DÉBIT ANNUEL PRÉAUTORISÉ <input type="checkbox"/> 180 \$	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire bancaire (PAD) Chèque "annulé"
CHÈQUE OU COMPTANT ANNUEL <input type="checkbox"/> 180 \$	<ul style="list-style-type: none"> Chèque à l'ordre de : CSVM Faire parvenir au : 1082, rue Main, Ayer's Cliff ou remettre au personnel du CSVM pendant les heures d'ouverture. Ne pas envoyer d'argent par courrier

Si possible, ne pas utiliser ce mode de paiement pour éviter des frais d'administration additionnels à votre COOP.

CARTE DE CRÉDIT - ANNUEL <input type="checkbox"/> 180 \$ <ul style="list-style-type: none"> Nom imprimé du titulaire: 	<ul style="list-style-type: none"> VISA # _____ Exp. _____ 3 n^{os} au verso : _____ MASTERCARD # _____ Exp. _____ 3 n^{os} au verso : _____
---	--

Je reconnais avoir lu et compris tous les éléments apparaissant ci-dessus.

X

Signature du membre

date

RÉSERVÉ AU PERSONNEL

Numéro du membre : _____

- Demande d'autorisation légale de signature si le formulaire est rempli pour un autre membre.
 Reçu émis

Signature du receveur de la demande d'adhésion

Date

2/2