

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE

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

ADULTE

1. AVANTAGES à être membre au CSVM :
- 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 m'inscrire et participer aux programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé organisés par la coopérative.
 - Je peux assister à chaque année à l'Assemblée générale annuelle (AGA) 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.

2. La Coopérative s'engage à traiter tout renseignement personnel avec la plus stricte confidentialité.

3. 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.

4. 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	ANNUELLE	MENSUELLE
MEMBRE – ADULTE	216 \$ / annuel : 187,87\$ plus TPS (5%) plus TVQ (9,975%)	18 \$ / mois : 15,66 \$ plus TPS (5%) plus TVQ (9,975%)

MODE DE PAIEMENT	INSTRUCTIONS ET/OU DOCUMENTS À JOINDRE avec le formulaire d'adhésion
CARTE DE CREDIT - ANNUEL <input type="checkbox"/> 216 \$ <input type="checkbox"/> Utilisez la même carte que pour les parts sociales	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Mastercard _____ Exp. _____ 3 n ^{os} au verso : _____ Nom imprimé du titulaire : _____
DÉBIT ANNUEL PRÉAUTORISÉ <input type="checkbox"/> 216 \$	<ul style="list-style-type: none">• Formulaire bancaire (DPA)• Chèque avec mention ANNULÉ
DÉBIT MENSUEL PRÉAUTORISÉ <input type="checkbox"/> 18 \$	<ul style="list-style-type: none">• Formulaire bancaire (DPA)• Chèque avec mention ANNULÉ
CHÈQUE OU COMPTANT ANNUEL <input type="checkbox"/> 216 \$	<ul style="list-style-type: none">• Chèque à l'ordre de : CSVM• Expédier par la poste <u>ou</u> remettre au personnel du CSVM pendant les heures d'ouverture (Ne pas envoyer d'argent par courrier).

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