

Renseignements personnels

(remplir un formulaire par étudiant)

ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN entre 17-21 ans

ayant la même adresse que le parent-membre

Nom (à la naissance)				Prénom			
Date de naissance	Année	Mois	Jour	RAMQ		Exp	
Adresse			Municipalité/Ville			Province	Code Postal
Téléphone	Maison		Travail		Cellulaire		
Courriel (en lettres moulées)							
Urgence (personne à contacter et numéro de téléphone)							
Médecin de famille (nom et numéro de téléphone)				Pharmacie (nom et adresse)			
Nom du parent-membre _____							

Admissibilité

Étudiant à temps plein (joindre preuve au formulaire) entre 17 et 21 ans ayant la même adresse permanente que le parent-membre n'as pas à souscrire aux parts sociales. La cotisation annuelle est de 50% du tarif de l'adulte.

Avantage

- 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.
- 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 :

Adhésion à la coopérative

- J'accepte 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.

Signé à _____, _____
(municipalité) (date)

X Signature de l'étudiant _____

Mode de paiement

COTISATION	MENSUELLE	ANNUELLE
Étudiant à temps plein (17-21) (même adresse que parent-membre)	9,75 \$ / mois 8,48 \$ plus TPS (5%) plus TVQ (9,975%)	117 \$ / année 101,76 \$ 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"/> 117 \$	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Mastercard _____ Exp. _____ 3 n ^{os} au verso : _____ Nom imprimé du titulaire : _____
DÉBIT ANNUEL PRÉAUTORISÉ <input type="checkbox"/> 117 \$	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire bancaire (DPA) • Chèque avec mention ANNULÉ
DÉBIT MENSUEL PRÉAUTORISÉ <input type="checkbox"/> 9,75 \$	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire bancaire (DPA) • Chèque avec mention ANNULÉ
CHÈQUE OU COMPTANT ANNUEL <input type="checkbox"/> 117 \$	<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).

J'accepte de payer la contribution annuelle **NON REMBOURSABLE**.

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

X _____

Signature de l'étudiant

Date

RÉSERVÉ AU PERSONNEL <input type="checkbox"/> Demande d'autorisation légale de signature si le formulaire est rempli pour un autre membre <input type="checkbox"/> Reçu émis	Numéro du membre : _____
Signature du receveur de la demande d'adhésion	Date