



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			
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)			
<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 style="text-align: center;">Veuillez prendre note que les noms mentionnés ci-dessous doivent être inscrits sur UN seul formulaire.</p>							
Nom et prénom de l'enfant			Date de naissance			RAMQ & Exp	
Nom et prénom de l'enfant			Date de naissance			RAMQ & Exp	
Nom et prénom de l'enfant			Date de naissance			RAMQ & Exp	

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

Le paiement doit accompagner le formulaire d'adhésion

<p>Achat de parts sociales d'investissement :</p> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">50 \$</p>	<p><input type="checkbox"/> COMPTANT : SVP remettre le montant de 50 \$ au personnel du Centre de santé pendant les heures d'ouverture - ne pas envoyer d'argent par courrier.</p> <p><input type="checkbox"/> CHÈQUE : SVP faire le chèque à l'ordre de : Centre de Santé de la Vallée Massawippi. (Nous faire parvenir votre formulaire ainsi que votre chèque au Centre de santé <u>ou</u> le remettre au personnel du Centre de santé pendant les heures d'ouverture)</p>
--	---

Signé à _____, _____
(municipalité) (date)

X Signature du membre _____

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE

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

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

COTISATION	ANNUELLE	MENSUELLE
MEMBRE – ADULTE	234 \$ / annuel : 203,52 \$ plus TPS (5%) plus TVQ (9,975%)	19,50 \$ / mois 16,96 \$ plus TPS (5%) plus TVQ (9,975%)

MODE DE PAIEMENT	INSTRUCTIONS ET/OU DOCUMENTS À JOINDRE avec formulaire d'adhésion
DÉBIT ANNUEL PRÉAUTORISÉ <input type="checkbox"/> 234 \$	<ul style="list-style-type: none">Formulaire bancaire (DPA)Chèque avec mention ANNULÉ
CHÈQUE OU COMPTANT ANNUEL <input type="checkbox"/> 234 \$	<ul style="list-style-type: none">Chèque à l'ordre de : CSVMExpédier par la poste <u>ou</u> remettre au personnel du CSVM pendant les heures d'ouverture (Ne pas envoyer d'argent par courrier).

- La FVM (Fondation de la Vallée Massawippi) est chargée de collecter des fonds pour combler le déficit annuel du CSVM. Veuillez cocher cette case et initialiser si vous consentez à ce que le CSVM communique votre courriel à la FVM. Je peux retirer mon consentement à la FVM à tout moment. _____

J'accepte de payer la contribution annuelle NON REMBOURSABLE.

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