

## Formulaire d'adhésion

### Combien dois-je déboursier pour devenir membre ?

Vous devez acquérir 8 parts sociales (total de 80 \$) par adulte. Une contribution annuelle est demandée chaque année pour permettre à la Coop d'équilibrer son budget. Cette contribution est de 27 \$ par membre.

Madame  Monsieur Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Municipalité : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

*(Les enfants de moins de 18 ans bénéficient des mêmes avantages et privilèges sans frais)*



**Nom de l'enfant**

**Date naissance (A/M/J)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veuillez envoyer le formulaire en incluant votre paiement de 80 \$ pour l'achat des parts sociales plus la contribution annuelle au montant de 27 \$ soit un total de **107 \$**.

#### Par la poste :

Chèque     # de la carte : \_\_\_\_\_ exp. : \_\_\_\_\_

#### Directement à la Coop :

Argent  

6162, rue Morin, Val-Morin (Québec) J0T 2R0 ou déposer le formulaire directement à la Coop.

**Il faut prévoir + - 21 jours ouvrables pour le traitement de votre demande.**

À titre de membre, je m'engage à respecter les politiques et règlements de la Coop Santé Val-Morin. Merci de votre implication active pour la continuité de votre coopérative.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Je m'engage à respecter le règlement de régie interne de la coop.

**Confidentialité :** la Coopérative s'engage à protéger en tout temps vos renseignements personnels et à prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger ceux-ci. **Être membre de la Coopérative :** votre adhésion à la Coopérative ne vous garantit aucunement l'accès à un médecin et ne vous accorde aucun privilège d'accès à un médecin. Par contre, les membres ont d'autres privilèges que les non membres n'ont pas comme exemple certains rabais pour des services fournis par d'autres professionnels de la santé et sur les frais de services non assurés. Par votre adhésion à la Coopérative vous contribuez à maintenir une clinique médicale dans votre communauté en la soutenant économiquement en payant annuellement votre cotisation annuelle. **En cas de départ de la Coop :** à défaut de réclamer par écrit le remboursement de vos parts sociales, la Coopérative considèrera que vous lui avez fait don de vos parts sociales après un délai de trois années sans nouvelles de votre part. **Défaut de payer vos cotisations annuelles :** le non paiement de vos cotisations annuelles pourra annuler votre adhésion en tant que membre à la Coopérative. Les montants dus pour cause de non paiement des cotisations annuelles seront déduits du montant des parts sociales en cas de demande de remboursement ou après trois ans sans nouvelles de votre part. **Toute demande de remboursement de parts sociales doit être faites par écrit.**