

### SECTION 1 - Renseignements personnels

Nom: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_  
Code Postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone (maison): \_\_\_\_\_  
Téléphone (travail): \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Courriel: \_\_\_\_\_

#### Enfants

Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_ Date Naissance: \_\_\_\_\_  
Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_ Date Naissance: \_\_\_\_\_  
Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_ Date Naissance: \_\_\_\_\_  
Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_ Date Naissance: \_\_\_\_\_

### SECTION 2 - Parts sociales et cotisation annuelle

20\$ part sociale +

- Enfant de 0 à 13 ans  
gratuit si un des parents est membre
- Enfant de 14 à 17 ans 57,50\$ /annuellement (taxes incluses)
- Adulte à partir de 18 ans 115\$ /annuellement (taxes incluses)

Veillez noter que la part sociale est remboursable si un membre veut résilier son adhésion.

Je reconnais que la cotisation annuelle et la part sociale à la Coopérative de Santé ne signifient pas que j'aurai par ce fait même un médecin de famille. En tant que membre, je contribue à maintenir la proximité des services de santé de première ligne dans ma communauté.

### SECTION 3 - Mode de paiement et signature

Mode de paiement:

Chèque  Comptant  Interac Le paiement doit accompagner le formulaire d'adhésion pour que celui-ci soit valide

X	20\$ Part Sociale	\$
X	115\$ Cotisation Adultes (18 ans et +)	\$
X	57.50\$ Cotisation Enfants (14-17 ans)	\$
<b>Total à payer:</b>		<b>\$</b>

TPS : 80705 8631 RTOOO1 TVQ : 1221248291

Signature: \_\_\_\_\_ le: \_\_\_\_\_ (date)

Clause testamentaire:

À mon décès, je désire léguer mes parts sociales à la Coopérative

Signature: \_\_\_\_\_