Coopérative de Solidarité Santé de Ste-Gertrude

6445, rue des Pins

Bécancour, (QC), G9H 3K9

Téléphone : 819 297 2911

Télécopieur: 819 297 2707

Site Web : www.cooperativesantestegertrude.com

**MEMBRE STE-GERTRUDE : □**

**MEMBRE GENTILLY : □**

**DEMANDE D'ADHÉSION**

**Information générale**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ H  F 

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom du conjoint : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date naiss: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cell.) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (travail) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| À noter que l'inscription est gratuite pour les enfants de moins de 18 ans, ainsi que pour les enfants âgés de plus de 18 ans qui poursuivent leurs études à temps plein (une preuve d'inscription à temps plein est exigée (ex : horaire de cours) et ils bénéficient des mêmes avantages que vous. ***Un retour aux études effectué par un adulte ne sera pas accepté.*** | |
| **Nom et prénom de l'enfant** | **Date de naissance** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

JE SOUSSIGNÉ (MEMBRE OU PARENT), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DEMANDE À ÊTRE ADMIS COMME MEMBRE UTILISATEUR DE LA COOP SANTÉ STE-GERTRUDE. JE DÉCLARE AVOIR LA CAPACITÉ EFFECTIVE D’ÊTRE UN USAGER DES SERVICES DE LA COOPÉRATIVE. JE M’ENGAGE À RESPECTER LES RÈGLEMENTS DE LA COOPÉRATIVE. JE SOUSCRIS DANS LA COOPÉRATIVE À 5 PARTS SOCIALES DE QUALIFICATION DE DIX DOLLARS CHACUNE PAYABLE SELON LES MODALITÉS DÉTERMINÉES PAR RÈGLEMENT.

**IMPORTANT**

**COÛT D’ADMISSION À LA COOPÉRATIVE :** JE COMPRENDS QUE LA SOUSCRIPTION DE PARTS DE QUALIFICATION ME PERMET D’ÊTRE MEMBRE DE LA COOPÉRATIVE. SI JE NE DÉSIRE PLUS ÊTRE MEMBRE, LA COOP SANTÉ STE-GERTRUDE SUIVRA LES INSTRUCTIONS QUE JE DONNERAI AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE. SELON MON CHOIX, MES PARTS DE QUALIFICATION POURRONT ÊTRE REMBOURSÉES CONFORMÉMENT À LA *LOI SUR LES COOPÉRATIVES* ET À LA CAPACITÉ FINANCIÈRE DE LA COOPÉRATIVE.

**CONSTRIBUTION ANNUELLE :** JE COMPRENDS QUE LA COOP SANTÉ STE-GERTRUDE ME DEMANDE DE PAYER UNE CONTRIBUTION ANNUELLE OBLIGATOIRE ESSENTIELLE À LA SURVIE DE LA COOPÉRATIVE ET QUI SERVIRA ENTIÈREMENT À FINANCER LES FRAIS D’EXPLOITATION DE LA COOPÉRATIVE (SALAIRES DES EMPLOYÉS, LOCAUX, ENTRETIEN DES LOCAUX, FOURNITURES, ETC.). LA CONTRIBUTION ANNUELLE DE CETTE ANNÉE EST DE 75,00$ TAXES EN SUS, PAR ADULTE (18 ANS AU 31 AOÛT) ET ELLE N’EST PAS REMBOURSABLE.

**JE COMPRENDS QUE MON ADHÉSION À LA COOPÉRATIVE NE ME GARANTIT AUCUNEMENT L’ACCÈS À UN MÉDECIN ET NE M’ACCORDE AUCUN PRIVILÈGE D’ACCÈS À UN MÉDECIN.**

JE CONFIRME AVOIR LU ET COMPRIS LE TEXTE CI-DESSUS ET EN ACCEPTER LES TERMES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MEMBRE

**BORDEREAU DE PAIEMENT**

LA COOP DE SANTÉ DE STE-GERTRUDE S’ENGAGE À OBSERVER LA PLUS STRICTE CONFIDENTIALITÉ CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS QUE VOUS FOURNISSEZ À LA COOPÉRATIVE.

|  |  |
| --- | --- |
| Parte sociales de qualification (5 x 10,00$) | 50,00 $ |
| Contribution annuelle (75,00$ plus taxes) | 86,23 $ |
| Total | **136,23 $** |

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

 Coopérative de Solidarité Santé de Ste-Gertrude

6445, rue des Pins

Bécancour, (QC), G9H 3K9

Téléphone : 819 297 2911

Télécopieur: 819 297 2707

Site Web : www.cooperativesantestegertrude.com

Je comprends que la coopérative peut exercer compensation sur toute créance qu’elle détient à mon égard (par exemple : la contribution annuelle, la facture d’un service) en confisquant mes parts sociales (art. 27(6) ou 43 de la *Loi sur les coopératives*).

**Instructions concernant le remboursement des parts**

Je comprends que j’ai droit d’obtenir le remboursement de mes parts sociales lorsque je ne désire plus être membre de la coopérative. Cependant, considérant la mission de la Coopérative et son exploitation à des fins non lucratives, je renonce par la présente au remboursement de mes parts sociales afin que la coopérative utilise cette somme au bénéfice de l’ensemble des membres.

Je renonce au remboursement de mes parts sociales : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(signature)

Si je ne désire pas renoncer au remboursement de mes parts sociales, je comprends que je dois formuler ma demande de remboursement par écrit dans l’année suivant la cessation de mon statut de membre. Si mes héritiers, ayants droit ou moi-même ne réclamons pas le remboursement de la somme versée pour le paiement de mes parts dans ce délai, je reconnais que la Coopérative pourra conserver cette somme et l’utiliser au bénéfice de l’ensemble des membres.

Je comprends que je devrai réclamer mes parts sociales par écrit : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(signature)