



A compléter en lettres carrées

Membre No : _____

Section 1 : Renseignements personnels

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Tél. maison : _____
Tél. travail : _____
Courriel : _____

Enfants de 0 à 17 ans ou Étudiants à temps plein*

Nom et prénom	Date de naissance
_____	_____
_____	_____
_____	_____

***Une preuve peut être demandée en tout temps**

Section 2 : Part sociale et cotisation annuelle

Part sociale : (membre utilisateur)

Adulte : 50\$ première année seulement
Enfants 0 à 17 ans et Étudiants à temps plein :
Gratuit avec adhésion du parent*
***Une preuve peut être demandée en tout temps**

Contribution annuelle :

Des frais annuels de 100\$ plus taxes seront exigibles dès l'entrée en service de la Coop. Cette contribution assurera les frais de fonctionnement de la Coop.

Part sociale : (Membre de soutien)

50 parts sociales de 10.\$ chacune (500\$)

Aucune contribution annuelle
Par contre un don substantiel sera très apprécié

Section 3

Je, souigné(e), demande à être admis(e) comme membre (utilisateur ou de soutien) de la Coopérative de solidarité santé Shefford. Je m'engage à respecter les règles de la Coopérative. Je souscris ma part sociale de (50\$ ou 500\$). Je reconnais que l'adhésion ne signifie pas nécessairement que j'aurai un médecin de famille, mais j'aurai accès aux services offerts par la Coopérative.

Retourné la formule à : Coopérative de solidarité santé Shefford
245 Chemin Picard, Shefford, P.Q. J2M 1J2

Signé à _____ Le : _____

Signature : _____