



COOP Santé Familiale

Formulaire d'adhésion

Renseignements personnels

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____

Code Postal: _____

Téléphone: _____

Date de naissance: _____

Courriel: _____

Quelle est la meilleure façon de vous joindre?

Courriel Téléphone

Déclaration d'adhésion

Je reconnais que la cotisation annuelle et la part sociale à Cooperative de Santé Familiale 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.

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

Part sociale et cotisation annuelle

10.00\$ Part sociale
(payable la première année d'adhésion)

132.22\$ Adhésion régulière
(taxes incluses / annuellement)

114.97\$ Adhésion entreprise
(taxes incluses / annuellement)

Membre Caisse Desjardins? Oui Non

Témoin: _____

Enfants

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Âge: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Âge: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Âge: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Âge: _____

Mode de paiement

Chèque

Comptant

Visa/Mastercard

Virement bancaire

Total à payer: _____

TPS : 8348 0363 RT0001

Signature: _____

Date: _____



COOP Santé Familiale

Membership Form

Personal Information

Name: _____

First Name: _____

Address: _____

City: _____

Postal Code: _____

Telephone: _____

Date of Birth: _____

Email: _____

What is the best way to reach you?

Email Telephone

Statement of adhesion

I acknowledge that the annual membership and the share of the Family Health COOP does not guarantee that I will have a family doctor. As a member, I understand that I am supporting and contributing to accessible first-line health care services in my community.

Please note that the membership share is refundable if a member wants to terminate their membership.

Share and annual membership

10.00\$ Share
(payable the first year of membership)

132.22\$ Regular Membership
(taxes included / annually)

114.97\$ Business Membership
(taxes included / annually)

Caisse Desjardins member? Yes No

Witness: _____

Children

Name: _____

First Name: _____

Date of Birth: _____

Age: _____

Name: _____

First Name: _____

Date of Birth: _____

Age: _____

Name: _____

First Name: _____

Date of Birth: _____

Age: _____

Name: _____

First Name: _____

Date of Birth: _____

Age: _____

Method of Payment

Cheque

Cash

Visa/Mastercard

Bank transfer

Total amount due: _____

TPS : 8348 0363 RT0001

Signature: _____

Date: _____