



## UNE QUESTION DE SURVIE POUR VOTRE BUREAU MÉDICAL

Soucieuse de répondre aux besoins exprimés par la communauté, la Coopérative de services de santé de Saint-Barthélemy a besoin de votre contribution financière afin de poursuivre ses activités dans la communauté. **Votre contribution annuelle est essentielle à la survie de la coopérative.**

### MONTANT DE LA CONTRIBUTION 2023

Pour l'année 2023, le Conseil d'administration de la coopérative a établi le montant de la contribution volontaire d'un adulte ne résidant pas à Saint-Barthélemy à **62,50 \$, plus taxes** (3,13 \$ TPS et 6,23 \$ TVQ), **soit 71,86 \$**, non-remboursable. (N° TPS : 899562326 RT0001 N° TVQ : 1022513661 TQ00001). Les enfants de moins de 18 ans qui résident à la même adresse bénéficient gratuitement des mêmes services que l'adulte inscrit.

### USAGE DES CONTRIBUTIONS

Les contributions annuelles servent à couvrir les frais d'opération pour le bon fonctionnement de la coopérative. C'est grâce à votre implication citoyenne et votre esprit de solidarité que la coopérative pourra assurer des services à long terme et poursuivre la location des locaux à des professionnels de la santé.

### ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

La contribution à la coopérative ne garantit aucunement l'accès à un médecin et n'accorde aucun privilège d'accès à un médecin.

**Par contre sans votre contribution la coopérative devra fermer ses portes.**

## IMPORTANT - FICHE D'INFORMATION 2023

(à remplir si nécessaire)

Nous demandons votre collaboration pour **inscrire ou mettre à jour** (si modifications) vos coordonnées (une fiche par adulte) et de nous la retourner par la poste ou en personne à la clinique. Ceci nous permettra d'adapter nos services selon vos besoins et d'améliorer nos communications avec vous, entre autres par courriel. Nous nous engageons à conserver la plus stricte confidentialité concernant vos renseignements personnels.

PRÉNOM : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉL. PRINCIPAL : \_\_\_\_\_ TÉL. SECONDAIRE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_ DATE DE \_\_\_\_\_  
NAISSANCE (JJ-MM-AAAA)

**Notre budget de fonctionnement dépend des cotisations annuelles.**  
**Votre contribution volontaire sera la bienvenue pour une bonne continuité.**

Il y a trois façons d'effectuer votre contribution :

- par chèque libellé à l'ordre de La Coopérative de services de santé de Saint-Barthélemy.  
à l'adresse suivante : 1980 rue Bonin, Local S-03, Saint-Barthélemy QC J0K 1X0.
- par virement bancaire à l'adresse courriel : [doris.quinard@cgocable.ca](mailto:doris.quinard@cgocable.ca)  
Question : **Pourquoi.** Réponse : **Coop**
- par virement entre membres Desjardins : **Transit 00038815 # compte 0900001**

**Merci !**