



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-AAA)

ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS RÉSIDANT À LA MÊME ADRESSE

Prénom et nom

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Je, soussigné(e) demande à être admis comme membre de la Coopérative de services de santé de Saint-Barthélemy. Je m'engage à respecter les règlements de la Coopérative. Je souscris dans la Coopérative 5 parts sociales de qualification de 10,00 \$ chacune, soit un total de 50,00 \$. Je reconnais que l'adhésion à la Coopérative ne signifie pas nécessairement que j'aurai de ce fait un médecin de famille, mais j'aurai accès aux services de la Coopérative selon les disponibilités de ceux-ci.

Je comprends que la souscription de parts sociales de qualification me permet d'être membre de la Coopérative. Si je ne désire plus être membre, je peux demander le remboursement de mes parts sociales de qualification. Celles-ci me seront remboursées conformément à la Loi sur les coopératives et selon la capacité financière de la coopérative, à moins que je décide d'en faire le don.

Je comprends que la Coopérative me demandera de payer une contribution annuelle qui servira à financer les frais d'exploitation de la coopérative. Cette contribution volontaire est essentielle à la survie de la coopérative et assure la présence des services de santé de première ligne dans ma communauté. Cette contribution n'est pas remboursable.

Je comprends que la Coopérative doit permettre à toute personne résidant au Québec, membres et non-membres, d'accéder aux services médicaux assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec selon les mêmes modalités. 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. L'accès aux services de la coopérative est selon la disponibilité de ceux-ci.

Par ma signature, je confirme avoir pris connaissance du texte ci-dessus.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 2017.

X

Signature

Veuillez retourner cette demande d'adhésion dûment complétée et signée,
par la poste ou en personne, ainsi que le paiement par chèque de 50,00 \$ à l'adresse suivante :
1980 rue Bonin, Local S-03, Saint-Barthélemy QC J0K 1X0.

Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de La Coopérative de services de santé de Saint-Barthélemy.