



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 2024

Pour l'année 2024, 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 **66,25 \$, plus taxes** (3,31 \$ TPS et 6,61 \$ TVQ), **soit 76,17 \$**, 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.

ADOPTONS LE VIRAGE VERT **PRIORISONS LE COURRIER ÉLECTRONIQUE**

IMPORTANT - FICHE D'INFORMATION 2024

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, tout en faisant des économies substantielles. Nous nous engageons à conserver la plus stricte confidentialité concernant vos renseignements personnels.

PRÉNOM : _____ NOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉL. PRINCIPAL : _____ TÉL. SECONDAIRE : _____

COURRIEL: _____

Notre budget de fonctionnement dépend des contributions annuelles.

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.guinard@cgocable.ca
Question : **Pourquoi.** Réponse : **Coop**
- par virement entre membres Desjardins : **Transit 00038815 # compte 0900001**

Merci !