

Formulaire d’adhésion

Membre de soutien

En devenant membre de soutien, votre entreprise participe concrètement à l’amélioration des services de santé de première ligne dans la région. L’appui de la communauté d’affaires dans la réalisation de la mission de la Coopérative de santé Robert-Cliche est d’une grande importance. Ce simple geste pour vous, fait une grande différence pour nous!

SECTION 1 – Renseignements

Nom de l’entreprise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de la personne responsable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adhésion : 100 $**

Ce montant représente l'acquisition de **10 parts sociales** de qualification de 10 $ chacune.

**Contribution annuelle**

Les années subséquentes, vous serez invité à payer une contribution annuelle. Le montant est déterminé par le conseil d’administration selon les besoins de la coopérative.

Toutes les catégories de membres paient la même cotisation annuelle (travailleurs, consommateurs, producteurs et soutien).

SECTION 2 – Parts sociales et contribution annuelle

SECTION 3 – Signature et paiement

Montant total : **100 $**

Modes de paiement :

□ Paiement par prélèvement automatique (PPA) (remplir verso)

□ Chèque (à l’ordre de *Coopérative de santé Robert-Cliche*)

□ Paiement direct (Transit : 20157 Inst. : 815 Compte : 7565062)

Signé à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nom de la ville) (date)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Signature)