



Numéro de membre : _____

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Section 1 – Renseignements personnels

Nom	_____
Prénom	_____
Adresse	_____
Ville	_____
Code postal	_____
Téléphone (maison)	_____
Téléphone (travail)	_____
Cellulaire	_____
Adresse courriel	_____

Enfants de 0 à 17 ans ou étudiants* à temps plein :	
Nom et prénom	Date naissance
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
*une preuve peut être demandée en tout temps	

Section 2 – Part sociale et cotisation annuelle

Part sociale	
Adulte :	10\$ (première année seulement)
Enfant de 0 à 17 ans :	Gratuit avec l'adhésion du parent
Étudiant à temps plein :	Gratuit avec l'adhésion du parent*
*Une preuve peut être demandée en tout temps	

Contribution annuelle
65\$ annuellement. Les cotisations annuelles sont déterminées par le conseil d'administration élu par les membres. Tout changement à la cotisation annuelle sera annoncé aux membres par la Coopérative via les médias.

Section 3 – Signature

Je, soussigné(e), demande à être admis comme membre de la Coopérative de Santé de la MRC d'Acton. Je souscris dans la Coopérative à 1 part sociale de qualification de 10\$. 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 et si je répond aux critères.

Je consens à léguer à la Coopérative de Santé ma part sociale si je venais à décéder. Oui Non

Par ma signature, je confirme avoir pris connaissance du texte ci-dessus de même que du texte à l'endos :

Signé à _____ Date : _____

Signature : _____

Montant reçu : 75\$ Comptant Chèque numéro : _____ Débit/Crédit



Section 4 – Notes importantes

Adhésion à la Coopérative

Je comprends que la souscription d'une part sociale de qualification me permet d'être membre de la Coopérative. Si je ne désire plus être membre de la Coopérative, je peux demander le remboursement de ma part sociale de qualification. Celle-ci me sera remboursée conformément à la Loi sur les coopératives et selon la capacité financière de la coopérative.

Contribution annuelle

Je comprends que le paiement de la contribution annuelle est essentiel à la survie de la Coopérative et qu'il favorise la présence des services de santé de première ligne dans ma communauté.

Je comprends que la Coopérative de Santé de la MRC d'Acton me demande de payer ma contribution annuelle qui servira entièrement à financer les frais d'exploitation de la coopérative (salaire des employés, locaux, entretien des locaux, fournitures etc...). La contribution annuelle n'est pas remboursable.

Accès à un médecin de famille

Je comprends que la Coopérative doit permettre à toute personne résidant dans la MRC d'Acton, Durham Sud, Lefebvre, Wickham, St-Liboire, St-Valérien-de-Milton ou Ste-Hélène-de-Bagot, membres ou non-membres, d'accéder aux services médicaux assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec selon les mêmes modalités et sur simple présentation d'une carte d'assurance maladie valide.

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.

Confidentialité

La Coopérative de solidarité de santé de la MRC d'Acton s'engage sans limites de temps à conserver la plus stricte confidentialité concernant les renseignements personnels.

Veillez retourner ce formulaire dûment complété, accompagné d'un chèque de 75\$ payable à l'ordre de la « Coopérative de Santé de la MRC d'Acton » ou venez le porter et payer comptant, débit ou crédit.

Coopérative de Santé de la MRC d'Acton
755, rue de Roxton
Acton Vale (Québec)
J0H 1A0

Merci de garder votre Coopérative en santé!