

CONFIDENTIEL UNE FOIS COMPLÉTÉ

Coopérative de solidarité santé des gens d'ici

200, boul. Perron, Ste-Félicité (Qc), G0J 2K0

Téléphone : (418) 733-1337

Demande d'adhésion

No de membre : _____

Identification du membre utilisateur

Nom : _____ Prénom : _____ H ____ F ____

Adresse : _____ app. ____ Ville : _____

Code postal : _____ Nom du conjoint(e) : _____

Téléphone (maison) : _____ - _____ - _____ Téléphone (travail) : _____ - _____ - _____

Adresse électronique : _____ @ _____

Les enfants de moins de 18 ans qui résident avec vous bénéficient des mêmes avantages que vous.

Nom et prénom	Date de naissance	Dossier à la clinique (Oui/Non)

Poursuivre votre liste au verso s'il y a lieu :

Je désire souscrire 5 parts sociales réglementaires de 10\$ pour une somme totale de 50\$ et ainsi devenir membre utilisateur de la *Coopérative de solidarité santé des gens d'ici*. Je joins le paiement à cet effet.

signature

date

Note : Chaque adulte doit remplir un formulaire et se procurer les cinq parts sociales pour être membre.

J'ai un médecin de famille. Nom du médecin : _____

Je suis à la recherche d'un médecin de famille. S.V.P me placer sur la liste d'attente pour un médecin.

Clause testamentaire :

À mon décès, je désire léguer mes parts sociales à la *Coopérative de solidarité santé des gens d'ici*.

signature

date

Protection des renseignements personnels détenus par la *Coopérative de solidarité santé des gens d'ici*

La coopérative s'engage sans limite de temps à conserver la plus stricte confidentialité concernant les renseignements personnels.