



**Renseignements personnels**  
**(remplir un formulaire par adulte)**

**ADULTE**

**Note : utiliser un différent formulaire pour un étudiant à temps plein entre 19 et 23 ans**

|  |  |                                     |                   |                      |
|--|--|-------------------------------------|-------------------|----------------------|
| Nom (à la naissance)   |  | Prénom                              |                   |                      |
| Adresse  |  | Municipalité/Ville                  |                   | Province             |
| Code postal  |  | Date de naissance : Année Mois Jour |                   |                      |
| Téléphone : Maison   |  | Travail                             |                   | Cellulaire Urgence # |
| Courriel (en lettres moulées)  |  |                                     |                   |                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants 0-18 ans ayant la même adresse permanente que le parent-membre n'ont pas à souscrire pour les parts sociales;</li> <li>• Enfants 0-18 ans : aucune cotisation annuelle à payer (naturellement si le parent est membre);</li> </ul> <p><i>Veuillez prendre note que les noms mentionnés ci-dessous doivent être inscrits sur UN seul formulaire.</i></p> |  |                                     |                   |                      |
| Nom et prénom de l'enfant  |  |                                     | Date de naissance |                      |
| Nom et prénom de l'enfant  |  |                                     | Date de naissance |                      |
| Nom et prénom de l'enfant  |  |                                     | Date de naissance |                      |

Je suis à la recherche d'un médecin de famille :  Oui  Non Mon médecin de famille est \_\_\_\_\_

**Adhésion à la coopérative**

- Je souscris cinq (5) parts sociales à 10 \$, une somme de 50 \$ pour devenir membre de la Coop Centre de santé de la Vallée Massawippi.
- J'accepte également de payer la contribution annuelle (taxable et non remboursable).
- Je reconnais également avoir reçu et lu toute l'information au verso de ce formulaire d'adhésion et que j'ai également signée.

**Signature et mode de paiement**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Achat de parts sociales d'investissement:</b></p> <p><b>50 \$</b></p> | <p><b>Mode de paiement :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Comptant</b><br/>(SVP remettre le montant de 50 \$ au personnel du Centre de santé situé au 1082, rue Main, Ayer's Cliff pendant les heures d'ouverture - ne pas envoyer d'argent par courrier)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Chèque à l'ordre de : Centre de Santé de la Vallée Massawippi</b><br/>(SVP faire parvenir votre chèque avec le formulaire au Centre de santé à l'adresse suivante: 1082, rue Main, Ayer's Cliff <u>ou</u> le remettre au personnel du Centre de santé pendant les heures d'ouverture)</p> |
|   | <p><b>Le paiement doit accompagner le formulaire d'adhésion pour que celui-ci soit valide.</b></p>   |

Signé à \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(municipalité) (date)

**X Signature du membre** \_\_\_\_\_



***Veuillez s'il vous plaît lire attentivement tout ce qui suit et signer au bas du formulaire.***

**ADULTE**

1. Les AVANTAGES que me procure mon statut de membre sont :
- Accès aux services médicaux et professionnels et des soins infirmiers tels que les tests sanguins, la vérification de la pression sanguine, la vaccination, le changement de pansements, les services de santé de voyage, etc.
  - Je peux avoir accès et participer à des programmes en prévention et en promotion de la santé, mis sur pied par ma Coop du Centre de santé.
  - Je peux m'impliquer dans les activités d'organisation et de développement de ma Coop du Centre de santé et ainsi participer au processus visant à améliorer ma communauté, ma santé et la santé de ma communauté.
  - Je peux assister à chaque année à l'Assemblée générale annuelle de ma Coop du Centre de santé dans le but d'interagir avec ses dirigeants et d'autres membres impliqués. J'en apprendrai beaucoup sur ce qui a été fait et sur ce qui s'en vient, je peux poser des questions et je peux aussi poser ma candidature pour faire partie du Conseil d'administration et participer à la prise de décisions.
  - Je peux jouir de la satisfaction de savoir que je contribue directement au développement social, économique et communautaire de mon milieu de vie, et que je fais preuve de solidarité.

2. La Coopérative s'engage à traiter tout renseignement personnel avec la plus stricte confidentialité.

3. La part sociale et la cotisation annuelle servent à contribuer au financement des frais d'exploitation du centre de santé, des services offerts par les infirmières et des activités de prévention et promotion de la santé tout en sachant que ces paiements ne constituent aucunement une condition préalable pour avoir accès ou une priorité d'accès à un médecin pratiquant au centre de santé de la coopérative de solidarité.

4. J'aimerais contribuer à la vie de cette communauté et m'impliquer dans ce projet de développement social :
- Oui       Non  
 Recrutement de membres       Aide au financement       Comité communications  
 Projets santé       Événements       Autres

5. Clause testamentaire : à mon décès, je désire léguer mes parts sociales au CSVM.

6. Les frais de cotisation peuvent être modifiés par la direction du conseil d'administration et sont pour 2016 :

| COTISATION             | MENSUELLE  | ANNUELLE   |
|------------------------|--|--|
| <b>MEMBRE - ADULTE</b> | <b>10 \$/mois :</b><br>8,70 \$ plus TPS (5%) plus TVQ (9.975%) | <b>120 \$/année :</b><br>104,40 \$ plus TPS (5%) plus TVQ (9.975%) |

| MODE DE PAIEMENT                  | INSTRUCTIONS ET/OU DOCUMENTS À JOINDRE   | VOTRE CHOIX                     |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| <b>CHÈQUE MENSUEL PRÉAUTORISÉ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire bancaire (PAD)</li> <li>• Chèque "annulé"</li> </ul>   | 10 \$ <input type="checkbox"/>  |
| <b>CHÈQUE ANNUEL PRÉAUTORISÉ</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire bancaire (PAD)</li> <li>• Chèque "annulé"</li> </ul>   | 120 \$ <input type="checkbox"/> |
| <b>CHÈQUE ANNUEL</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chèque à l'ordre de : CSVM</li> <li>• Formulaire d'adhésion</li> <li>• Faire parvenir au : 1082, rue Main, Ayer's Cliff ou remettre au personnel du CSVM</li> </ul> | 120 \$ <input type="checkbox"/> |
| <b>COMPTANT ANNUEL</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remettre le montant au personnel du CSVM (1082, rue Main, Ayer's Cliff) pendant les heures d'ouverture.</li> <li>• Ne pas envoyer d'argent par courrier</li> </ul>  | 120 \$ <input type="checkbox"/> |

**Si possible, ne pas utiliser ce mode de paiement pour éviter des frais d'administration additionnels à votre COOP.**

|   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| <b>CARTE DE CRÉDIT</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Nom imprimé du titulaire:</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="radio"/> MENSUEL</li> <li>• <input type="radio"/> ANNUEL</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>VISA #</b></li> </ul>       | 10 \$ <input type="checkbox"/>  |
|   | Exp. _____ 3 n <sup>os</sup> au verso : _____                           |                                 |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MASTERCARD #</b></li> </ul> | 120 \$ <input type="checkbox"/> |
|   | Exp. _____ 3 n <sup>os</sup> au verso : _____                           |                                 |

Je reconnais avoir lu et compris tous les éléments apparaissant ci-dessus.

X

**Signature du membre**

**date**

**RÉSERVÉ AU PERSONNEL**

**Numéro du membre :** \_\_\_\_\_

Demande d'autorisation légale de signature si le formulaire est rempli pour un autre membre.

Reçu émis

**Signature du receveur de la demande d'adhésion**

**Date**

Rév. 2016-02-09 2/2