

MEMBRE – DEMANDE D'ADMISSION



157, rue Langevin, St-Boniface, Qc G0X 2L0

INFORMATION GÉNÉRALE

PRÉNOM	# ASS. MALADIE	DATE DE NAISSANCE
NOM	VILLE	TÉL. RÉSIDENCE
ADRESSE	CODE POSTAL	CELLULAIRE
COURRIEL	SEXE	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

DRE SAMIHA POUDRIER EST MON MÉDECIN DE FAMILLE

DRE ALEXANDRA L. GRENIER EST MON MÉDECIN DE FAMILLE

MON DOSSIER EST ASSIGNÉ À ÉMILIE BÉDARD, ISPL

J'AI UN AUTRE MÉDECIN DE FAMILLE NOM _____

JE SUIS SANS MÉDECIN DE FAMILLE

IMPORTANT

COÛT D'ADMISSION À LA COOPÉRATIVE : JE COMPRENDS QUE LA SOUSCRIPTION DE PARTS SOCIALES 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 MES PARTS SOCIALES DE QUALIFICATION. CELLES-CI ME SERONT REMBOURSÉES CONFORMÉMENT À LA *LOI SUR LES COOPÉRATIVES* ET À LA CAPACITÉ FINANCIÈRE DE LA COOPÉRATIVE.

CONTRIBUTION ANNUELLE VOLONTAIRE : JE COMPRENDS QUE LA COOP SANTÉ ST-BONIFACE ME DEMANDE DE PAYER UNE CONTRIBUTION ANNUELLE VOLONTAIRE ESSENTIELLE À LA SURVIE DE LA COOPÉRATIVE ET QUI SERVIRA ENTIÈREMENT À FINANCER LES FRAIS D'EXPLOITATION DE LA COOPÉRATIVE (SALAIRES DES EMPLOYÉS, LOCAUX, ENTRETIEN DES LOCAUX, FOURNITURES, ETC.). LA CONTRIBUTION ANNUELLE DE CETTE ANNÉE EST DE 70,00\$ TAXES INCLUSES PAR ADULTE (18 ANS AU 15 AVRIL) ET DE 20,00\$ TAXES INCLUSES POUR UN ENFANT, ET ELLE N'EST PAS REMBOURSABLE.

ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE : JE COMPRENDS QUE LA COOPÉRATIVE DOIT PERMETTRE À TOUTE PERSONNE RÉSIDANT AU QUÉBEC, MEMBRES ET 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.

LA COOP DE SANTÉ DE ST-BONIFACE S'ENGAGE À OBSERVER LA PLUS STRICTE CONFIDENTIALITÉ CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS QUE VOUS FOURNISSEZ À LA COOPÉRATIVE.

JE SUIS D'ACCORD À FAIRE UN DON À MON DÉCÈS OU À MON DÉPART DE LA COOP DE MES PARTS SOCIALES.

JE DEMANDE À ÊTRE ADMIS COMME MEMBRE UTILISATEUR DE LA COOP SANTÉ ST-BONIFACE. JE DÉCLARE AVOIR LA CAPACITÉ EFFECTIVE D'ÊTRE UN USAGER DES SERVICES DE LA COOPÉRATIVE. JE M'ENGAGE À RESPECTER LES RÈGLEMENTS DE LA COOPÉRATIVE. JE SOUSCRIS DANS LA COOPÉRATIVE À 5 PARTS SOCIALES DE QUALIFICATION DE DIX DOLLARS CHACUNE PAYABLES SELON LES MODALITÉS DÉTERMINÉES PAR RÈGLEMENT. PAR MA SIGNATURE, JE CONFIRME AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU TEXTE DU DESSUS.

SIGNATURE (MEMBRE OU PARENT) : _____ **DATE** : _____

BORDEREAU DE PAIEMENT (** section pour l'administration seulement **)

NOMBRE DE PARTS SOCIALES	5 X 10 \$	\$
CONTRIBUTION ANNUELLE	ADULTE : 70,00 \$, ENFANT : 20,00 \$	\$
	TOTAL	\$
Mode de paiement :	<input type="checkbox"/> Débit <input type="checkbox"/> Crédit <input type="checkbox"/> Argent <input type="checkbox"/> Chèque	# chèque :