

Cohorte	Coop	Modulo
04		
Clinique		Médecin
		Dre Caya

ADHÉSION ADULTE (18 ans et +)

Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: _____ Ville: _____
 Code Postal: _____ Courriel: _____
 Tél. 1: _____ Tél. 2 : _____
 Date naissance (AAAA-MM-JJ) : _____

PART SOCIALE

50\$ non taxable

Pour les adhérents majeurs (18 ans et +), cinq « **PARTS SOCIALES** » sont payables lors de l'adhésion. Ces parts sociales peuvent être remboursables (conformément à la *Loi sur les coopératives* et selon la capacité financière de notre coop) à la démission du membre ou à son décès, sur demande écrite de celui-ci ou de ses ayants droit, dans l'année suivant la cessation de son statut de membre. Si les parts ne sont pas réclamées au cours de cette année, la coopérative pourra conserver cette somme et l'utiliser au bénéfice de l'ensemble des membres.

CONTRIBUTION ANNUELLE

75\$ *+ taxes applicables**

**2021 : tps 5% / tvq 9,975%

No. TPS : 805557279 RT0001 / No. TVQ : 1211704051 TQ000

La contribution annuelle sert entièrement à financer les frais d'exploitation de votre coopérative (salaires des employés, locaux, entretien, fournitures, etc.) Elle accorde également différents avantages aux membres tels : l'accès privilégié aux infirmières, des réductions sur différents services (services non assurés par la RAMQ), etc. Cette contribution annuelle est obligatoire pour demeurer membre de la coopérative et n'est pas remboursable. *La contribution annuelle de 12 mois (75\$ + tx applicables) s'appliquera à compter du 1er avril 2022

Contribution annuelle **Juillet 2021 à Mars 2022 (9 mois)** = 56,25\$ + 2,81\$ + 5,61\$ = **64,67\$**

Coût émission parts sociales et contribution annuelle (9 mois) = **114,67\$**

Je comprends que le paiement de la contribution annuelle est essentiel à la survie de la coopérative et favorise la présence des services de santé de première ligne dans ma communauté. Je comprends aussi que mon adhésion à la Coop ne me garantit aucunement l'accès à un médecin ni ne m'accorde aucun privilège d'accès à un médecin.

Par la présente, je, soussigné(e) _____, en date du _____ désire devenir membre de la Coopérative de Solidarité Santé de Pointe-du-Lac et déclare avoir pris connaissances des renseignements mentionnés ci-dessus.

Réservé à l'usage interne :

Adhésion	Date dépôt(AAAA/MM/JJ) :	Montant reçu:	Mode paiement: A C D DPA I W	Initiale : No trans :
	Date d'avis (AAAA/MM/JJ):	Raison: <input type="checkbox"/> Chng Md <input type="checkbox"/> Dmng <input type="checkbox"/> ÉpuréClin	<input type="checkbox"/> ÉpuréCoop <input type="checkbox"/> Dcd <input type="checkbox"/> Dmng/Chsld <input type="checkbox"/> Quitte	Date effectif (AAAA/MM/JJ) : _____ Sage/No trans : _____ Chq/Deb/Reçu No : _____ Transmis le : _____
Départ				BD modifiée par: