

Cohorte	Coop	Modulo
04		
Clinique		Médecin
		Dre Caya

## ADHÉSION ENFANT (17 ans et moins)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_  
 Code Postal: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  
 Tél. 1: \_\_\_\_\_ Tél. 2 : \_\_\_\_\_  
 Date naissance (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_ Nom du père: \_\_\_\_\_  
 Nom de la mère: \_\_\_\_\_

### CONTRIBUTION ANNUELLE

**50\$\* + 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 (50\$ + taxes en vigueur) s'appliquera à compter du 1er avril 2022).**

Contribution annuelle **Juillet 2021 à Mars 2022 (9 mois)** : 37,50\$ + 1,88\$ + 3,74\$ = **43,12\$**

À compter du 3e enfant\*\*\* d'une même famille\*\*\*\* la contribution annuelle est gratuite.

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 que mon enfant devienne membre de la Coopérative de Solidarité Santé de Pointe-du-Lac et déclare avoir pris connaissances des renseignements mentionnés ci-dessus.

\*\*\* Le mot enfant désigne une personne de moins de 18 ans.

\*\*\*\* Le mot famille désigne que tous les enfants inscrits sont nés d'une même union. Une preuve du lien

Réservé à l'usage interne :

Adhésion	Date dépôt (AAAA/MM/JJ) : _____	Montant reçu : _____	Mode paiement : A C D DPA I W	Initiales : _____
	DDN+18=20____ / Nouvel Adulte   3e et + DDN aîné+18=20____ / Devient Enfant payeur (Tenir compte de la cohorte pour le calcul.)			
Départ	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) : _____
	BD modifiée par: _____			