



DÉCLARATION D'ADHÉSION COMME **MEMBRE UTILISATEUR**

**NOM :** \_\_\_\_\_ déclare avoir un intérêt dans l'atteinte des objectifs de la « Coopérative de solidarité santé du Grand Brandon » et désire devenir « membre » et je m'engage à respecter les règlements de cette coopérative.

Je verse à la coopérative un montant de 20\$ (2 parts sociales X 10\$ chacune) applicable au paiement de mes parts de qualification conformément aux règlements de la coopérative.

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Adresse (rue) :** \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Courriel :** \_\_\_\_\_

Je consens à recevoir l'infolettre de la coopérative

À mon décès ou lorsque je quitterai la coopérative, je désire faire don de mes parts sociales à la Coopérative de solidarité santé du Grand Brandon. *Oui*  *Non*

*S'il y a lieu, libeller votre chèque à : **Coopérative de solidarité santé du Grand Brandon***

*Puis acheminer le tout (formulaire et chèque) à :* Coopérative Santé du Grand Brandon  
250 rue Maskinongé  
Ville St-Gabriel, Qc, J0K 2N0

**Représentant (s'il y a lieu) :** \_\_\_\_\_

-----  
-----



\*Partie à compléter, à détacher et à remettre à l'adhérent

**Représentant (s'il y a lieu) :** \_\_\_\_\_

**REÇU DE** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

**LA SOMME DE** \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_