

COOP Santé du Grand Brandon

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 :** _____

ADHÉRENT

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

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.

À mon décès ou lorsque je quitterai la coopérative santé du Grand Brandon, je désire être remboursé de mes parts.

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

5111 chemin du Lac, Saint-Gabriel de Brandon (Québec) J0K 2N0

A/S _Serge Rivest ou Kim Courchesne

***Partie à compléter par le représentant, à détacher et à remettre à l'adhérent :**

REÇU DE _____ **DATE** _____

LA SOMME DE _____ **\$** _____

Coopérative de solidarité santé du Grand Brandon