



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 : _____

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 _____ \$ _____