

DEMANDE D'ADMISSION – Membre utilisateur

Nom : _____		Prénom : _____		Date de naissance : _____	
Adresse : _____			Ville : _____		Code postal : _____
Tél-Maison : _____		Trav. : _____		Cell : _____	
Courriel : _____					
Nom du médecin de famille : _____					
Je désire être sur la liste d'attente pour un rendez-vous avec un futur médecin : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					

Je, soussigné(e) _____ déclare avoir un intérêt en tant qu'utilisateur des services de la Coopérative de solidarité de santé de Portneuf – Saint-Basile.

1. Je m'engage à respecter les règlements de la Coopérative,
2. Je souscris le nombre de parts de qualification tel qu'il est déterminé par les règlements, soit cinq (5) parts sociales de dix dollars (10 \$) chacune, pour un total de 50\$.

(Ces parts de qualification sont payables qu'une seule fois et sont remboursables s'il y a retrait du membre).

3. Je m'engage à payer annuellement la contribution fixée par le conseil d'administration;

Pour la période 2016-2017 :

Moment de l'adhésion	Parts sociales 5 x 10 \$	Contribution (taxes incluses)	Total à payer
Mai – juin – juillet - août	50.00 \$	49.44 \$	99.44 \$
Sept. – Oct. – nov. – déc.	50.00 \$	32.96 \$	82.96 \$
Janv. – fév. – mars - avril	50.00 \$	16.48 \$	66.48 \$

Je demande donc à être admis(e) comme membre utilisateur, signé à : _____, le _____

Signature du futur membre : _____

IMPORTANT :

Contribution annuelle : Je comprends que le paiement de la contribution annuelle est essentiel à la survie de la coopérative et qu'il favorise la présence des services de santé de première ligne dans ma communauté. Cette contribution servira entièrement à financer les frais d'exploitation de la coopérative (salaires des employés, entretien de la bâtisse, fournitures, etc. Cette contribution n'est pas remboursable.

Accès à un médecin de famille : Je comprends que la coopérative doit permettre à toute personne résidant au Québec, membres et non-membres, d'accéder aux services médicaux assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec selon les mêmes modalités et sur simple présentation d'une carte d'assurance-maladie valide. Je comprends que mon adhésion à la coopérative ne me garantit aucunement l'accès à un médecin et ne m'accorde aucun privilège d'accès à un médecin.

En tant que membre de la coopérative, je contribue à maintenir la proximité des services de santé de première ligne dans ma communauté.

Par ma signature, je confirme avoir pris connaissance de ce texte : _____

Faire votre chèque à l'ordre de : Coopérative de Santé Portneuf-Saint-Basile,

Faire parvenir à : 655-A, avenue de l'Église, Portneuf, G0A 2Y0

Espace réservé à la Coopérative	
Date d'admission par le conseil : _____	No. de membre : _____