

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Je reconnais que devenir membre et avoir une part dans la COOP Santé Familiale ne signifie pas que je serai automatiquement affecté à un médecin de famille. En tant que membre, je contribue au maintien des services de santé de première ligne au sein de ma communauté.

Actions obligatoires

- Pour devenir membre utilisateur, toutes les personnes physiques doivent souscrire à une (1) part de dix dollars (10 \$).
- La part doit être payée une seule fois. Cela vous donne un privilège de vote. Nous considérons que c'est un don pour nous aider à investir dans du matériel médical. Un merci sincère pour votre contribution.
- L'accès aux services de la COOP Ici Santé nécessite l'achat d'un abonnement.

Frais de service

- Le membre aura accès à tous les services du COOP Ici Santé et une redevance par utilisation a été établie pour couvrir nos coûts directs. Veuillez consulter la pièce jointe relative à ces frais.
- Si un membre a besoin d'un service fréquent, des frais annuels de 125 \$ + taxes sont disponibles.
- Les enfants de moins de 18 ans sont admissibles aux services fournis par un parent.

Mode de paiement

Le paiement des services est accepté en espèces, par chèque ou par virement Internet.

Information Personnel

Nom, Prénom:

Date de naissance:

Carte d'assurance maladie:

Exp:

Adresse:

Téléphone:

Courriel:

Information sur enfants mineur

Nom, Prenom	DDN	RAMQ	Date exp

Signature:

Date:

Administration

Payé par: _____ cheque _____ cash _____ interact

No.Cheque ou No. confirmation _____

Date: _____ Recu par: _____