



DEMANDE D'ADMISSION COMME MEMBRE
DE LA COOP DE SOLIDARITÉ SANTÉ DE MONTRÉAL

Adhésion **Membre de soutien Organisme à but non lucratif**

120\$

3 parts sociales de 10 \$

Quatre-vingt-dix (90) parts privilégiées à 1\$

Adhésion illimitée.

Adhésion réservée aux groupes communautaires, coopératives, entreprises d'économie sociale, fondations, etc. souhaitant contribuer au développement de la coopérative et à l'amélioration de la santé de la communauté.

Je soussigné(e), _____, demande l'admission de l'organisme
_____ comme membre de soutien OBNL de la Coop
de solidarité santé de Montréal.

- J'ai lu et j'approuve les règlements de la Coop de solidarité santé de Montréal.
coopsolidaritesante.org/coop/reglements (Document imprimé disponible sur demande)
- Je verse à la coopérative la somme de 120,00\$ (cent vingt dollars) 3 parts sociales de 10 \$ et des
90 parts privilégiées à 1 \$

En cas de démission ou d'exclusion comme membre de la coopérative, renoncez-vous au **remboursement de vos parts de qualification** pour en faire don à la coopérative?

- Oui Non

Autorisez-vous la Coop de solidarité santé de Montréal à **communiquer avec vous par courriel**?

- Oui Non

Organisme: _____

Adresse: _____

Ville : _____ Province: _____ Code postal: _____

Représenté par

Prénom: _____ Nom: _____

Téléphone: _____ - _____ - _____ Courriel: _____

Demande d'adhésion signée le _____, à Montréal.

Signature : _____

Merci de nous faire parvenir votre demande d'adhésion et votre chèque à Coop de solidarité santé de Montréal,
6400, 16e Avenue Montréal (Qué.) H1X 2S9.

Nous vous ferons parvenir votre carte de membre dans les jours suivant votre adhésion.

Nous vous remercions de votre confiance.