



**DEMANDE D'ADMISSION COMME MEMBRE DE LA  
COOP DE SOLIDARITÉ SANTÉ DE MONTRÉAL  
ÉTUDIANT(E) AU PÔLE SANTÉ DU COLLÈGE ROSEMONT**

**Adhésion *Membre utilisateur consommateur* 30\$ (gratuit pour les étudiants au Pôle santé)**

Parts sociales : 3 parts de 10\$

Adhésion illimitée. Sans frais annuels.

Adhésion individuelle réservée aux particuliers souhaitant bénéficier des services et avantages de la coopérative et contribuer à l'amélioration de leur santé et de celle de la communauté.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, demande à être admis(e) comme membre utilisateur consommateur 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/règlements (Document imprimé disponible sur demande)

Le Collège a versé à la coopérative la somme de 30,00\$ (trente dollars) pour le paiement de 3 parts sociales.

Autorisez-vous la Coop de solidarité santé de Montréal à procéder à un **prélèvement sanguin supplémentaire** aux fins de l'enseignement des techniques d'analyses biomédicales, lorsque vous venez pour un prélèvement?

Oui  Non

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

Oui  Non

Comment avez-vous entendu parler de la Coop? \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Sexe : Féminin ( ) Masculin ( ) Personne non binaire ( )

Numéro d'étudiant \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Demande d'adhésion signée le \_\_\_\_\_, à Montréal.

Signature : \_\_\_\_\_

Nous vous remercions de votre confiance.