



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

Adhésion Membre utilisateur consommateur 30\$

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)

Je verse à la coopérative la somme de 30,00\$ (trente dollars) pour le paiement de 3 parts sociales.

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 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 ()

Adresse: _____

Ville : _____ Province: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____ - _____ - _____ Courriel: _____

Demande d'adhésion signée le _____, à Montréal.

Signature : _____

Nous vous remercions de votre confiance.