



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

Adhésion **Membre de soutien individuel**

60\$

Six (6) parts sociales à 10\$

Adhésion illimitée.

Adhésion individuelle réservée aux particuliers souhaitant soutenir le développement de la coopérative, sans bénéficier des services offerts.

Je soussigné(e), _____, demande à être admis(e)
comme membre de soutien individuel 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 60,00\$ (soixante dollars) pour le paiement de six 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 **communiquer avec vous par courriel**?

Oui Non

Prénom: _____ Nom: _____

Adresse: _____

Ville : _____ Province: _____ Code postal: _____

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, 16^e 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.