

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

Adhésion **Membre utilisateur consommateur**

10\$

Part sociale 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/reglements](http://coopsolidaritesante.org/coop/reglements) (Document imprimé disponible sur demande)
- Je verse à la coopérative la somme de 10,00\$ (dix dollars) pour le paiement de la part sociale.

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

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, 16e Avenue Montréal (Qué.) H1X 2S9.

Votre carte de membre vous sera remise lors de votre premier rendez-vous à la clinique.

Nous vous remercions de votre confiance.