

No. du membre :

Admis le :  
Signature :

**DEMANDE D'ADMISSION**  
**Coopérative Santé de la Basse-Lièvre**  
<http://coopsantebasselievre.ca/>

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, demande à être admis(e) comme membre de la Coop.

Type de membre	Je déclare	Je verse à la Coop une somme de		
		Nombre de parts sociales	Valeur d'une part sociale	Total
<input type="checkbox"/> Utilisateur	avoir un intérêt en tant qu'utilisateur des services de la coopérative (Coop)	5	10 \$	50 \$

Ce montant est applicable au paiement de ma part de qualification conformément aux règlements de régie interne de la Coop.  
À titre de membre, je m'engage à respecter les politiques et règlements de la Coop.  
Je reconnais que l'adhésion à la Coop ne signifie pas que j'aurai, par ce fait même, un médecin de famille.  
J'accepte de payer la cotisation annuelle telle que déterminée par le conseil d'administration.  
Lors de ma démission, je ferai don de ma part à la Coop si je m'abstiens de réclamer par écrit le remboursement.  
Advenant mon décès, je cède ma part à la Coop.

Signé à Gatineau, ce \_\_\_\_\_ (Date) \_\_\_\_\_ Signature

**Note :** Chaque adulte d'une même famille doit remplir un formulaire et payer sa part de qualification.

**Identification du membre (s.v.p. écrire lisiblement)**

Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

**Seulement pour le membre utilisateur**

*Un enfant de moins de 18 ans (moins de 25 ans si étudiant à temps plein avec preuve à l'appui) qui réside avec un membre utilisateur bénéficie des mêmes avantages sans frais.*

Prénom et nom des enfants	Date de naissance

En fonction de la date à laquelle vous déposez votre demande d'adhésion, le tarif de la contribution annuelle peut changer.  
Pour déterminer le montant exact, veuillez-vous référer au tableau suivant :

**Pondération de la cotisation annuelle en fonction du mois d'inscription**

Période d'inscription 2014-2015	Part Sociale	Cotisation Annuelle CONGÉ POUR 2015	Total
décembre-janvier-février	50\$	25\$	50\$
mars-avril-mai	50\$	20\$	50\$
juin-juillet-août	50\$	15\$	50\$
septembre-octobre-novembre	50\$	10\$	50\$

Votre chèque doit être libellé à la **Coop Santé de la Basse-Lièvre**.

Retourner le formulaire et votre chèque à la **Clinique médicale de Buckingham**, 620 Avenue de Buckingham, Gatineau, QC, J8L 2H5

Partenaire Officiel



**Desjardins**  
Caisse du Cœur-des-vallées

Coopérer pour créer l'avenir