



Formulaire d'adhésion 2022

Veillez compléter et retourner ce formulaire avec votre paiement

Adresse : _____

Municipalité / Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Je consens à ce que la Coop me transmette de l'information et de la documentation à cette adresse courriel.

Adhérent(e)² :

Nom : _____ Prénom : _____ →

Conjoint(e)³ :

Nom : _____ Prénom : _____ →

Contribution totale (\$) : →

Parts sociales ¹ (50 \$)	Cotisation annuelle (86.23 \$) taxes incluses

Enfant(s) à charge⁴ : ↓

TPS : 1222810791TQ0001

TVQ : 819384728RT0001

Nom et prénom	Âge	Date de naissance	Preuve d'étudiant à temps plein ⁵ annexée (moins de 25 ans)

Signature(s) obligatoire(s) pour l'adhésion à la Coop Santé :

Je déclare avoir la capacité effective d'être un usager(ère) des services de la Coop de solidarité santé du Sud de Lotbinière, j'ai pris connaissance des renseignements écrits au verso et je m'engage à respecter les règlements de la Coop.

Adhérent(e) :

_____ Date : _____

Si je décède, je fais don de mes parts sociales à la Coop (facultatif) : _____

Conjoint(e) :

_____ Date : _____

Si je décède, je fais don de mes parts sociales à la Coop (facultatif) : _____