



NOUVEAU FORMULAIRE D'ADHÉSION (CONTRAT) POUR LES ANCIENS MEMBRES,
LES MEMBRES ACTIFS ET LES NOUVEAUX MEMBRES DE LA COOPÉRATIVE

<u>Renseignements personnels du membre</u>	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Code postal : _____
Date de naissance : _____	Tél. : _____
Courriel : _____	
<u>Enfants de moins de 18 ans (adhésion gratuite avec l'un des parents)</u>	
Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	
<hr/>	
Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	
<hr/>	
Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	
<hr/>	
Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	
<hr/>	

Parts sociales

À partir du 1^{er} Janvier 2024, les frais d'adhésion comme membre de la Coop des Monts de Bellechasse seront les mêmes, soit, **pour devenir membre, toute personne ou société, selon les catégories suivantes : utilisateur, travailleur et soutien devra souscrire vingt (20) parts sociales de dix dollars (10\$) chacune.**

Contribution annuelle

À ce montant d'adhésion, une contribution annuelle s'ajoutera chaque année. Pour l'année 2024, le **montant de la contribution annuelle est fixé à 30\$ incluant les taxes.** Le montant des contributions annuelles subséquentes sera déterminé lors de l'Assemblée générale annuelle (AGA).

Conditions

Votre adhésion à la Coopérative des Monts de Bellechasse ne vous donne pas accès à un médecin de famille. Vous devez suivre le même processus que tout patient orphelin pour avoir un médecin de famille à la Coop. Par ailleurs, votre adhésion contribuera à maintenir **une offre de services grandissante en collaboration avec plusieurs types de professionnels : infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens,** etc., et ce, dans le but de mieux répondre **aux citoyens des communautés environnantes qui en ont besoin, au moment opportun (accès adapté).**

N.B. **Les parts sociales appartiennent aux membres et sont remboursables** (conformément à la Loi sur les Coopératives [article 38] et selon la capacité financière de la Coopérative). Toute demande de remboursement de parts sociales doit être faite par écrit et approuvée par le conseil d'administration.

La contribution annuelle est non-remboursable.

***** Tous les membres (anciens-actifs et nouveaux)** devront signer ce nouveau **contrat d'ici le 1^{er} avril 2024** afin d'adhérer à ces nouvelles conditions. À cet effet, le contrat antérieur prendra fin à partir de cette nouvelle date de signature.

Merci de bien vouloir nous faire parvenir ce contrat complété et signé et votre paiement, soit :

- Par la poste : 12 rue de l'église, St-Damien de Buckland (Qc), G0R 2Y0
- Par courriel : info@coopsantebellechasse.com
- En vous présentant au secrétariat de la Coop.

Le paiement peut aussi être fait par Dépôt direct via Accès Desjardins : Choisir à droite Virer-Virer entre personnes Desjardins-Ajouter un destinataire -Coop Santé des Monts-Effectuer le virement dans le compte du destinataire-Transit caisse : 20034-Choisir 815-no institution-Folio No compte : 607 153 4-Cliquer sur valider-Inscrire le montant.

Signé à _____, le _____

Nom du membre en lettres majuscules : _____

Signature du membre : _____