



La Coop Santé
des Monts de Bellechasse

MEMBRE NO : _____

COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ DE SANTÉ DES MONTS DE BELLECHASSE

CONTRAT DE MEMBRE

NOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ Code postal : _____

NO. TÉL : _____ TRAVAIL : _____

Je désire devenir membre utilisateur de la Coopérative des Monts de Bellechasse et je m'engage à payer ma contribution pour un montant de 200 \$

- Chèque : _____

- Argent : _____

- Par versements : _____

Engagements entre le membre utilisateur et la Coop de santé des Monts de Bellechasse

À titre de membre utilisateur de la Coopérative, le membre s'engage à :

- 1- Recourir habituellement aux services de la Coopérative lorsque les services requis sont offerts par cette dernière.
- 2- Ne faire de sollicitation de services auprès des travailleurs de la Coopérative autrement que par le biais de cette dernière.
- 3- Respecter le code d'éthique de la Coopérative.

La Coopérative s'engage à :

- 1- Fournir aux membres les services demandés dans la mesure de ses possibilités en conformité avec ses statuts et règlements.
- 2- Accepter la résiliation du présent contrat en tout temps moyennant un avis de résiliation adressé au secrétaire de la Coopérative dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours ouvrables. Dans le cas de remboursement de parts sociales, la Coopérative se conforme à l'article 38 de la Loi.
- 3- Utiliser les renseignements personnels en conformité avec les lois en vigueur.

La Coopérative de Santé
des Monts de Bellechasse

ST-DAMIEN

EN FOI DE QUOI LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____

CE _____ JOUR DE _____ 2018

Membre

Représentant de la Coopérative

Accès à un médecin de famille :

Les membres et les non-membres ont accès aux services médicaux assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec selon les mêmes modalités et sur simple présentation d'une carte d'assurance maladie.

L'adhésion à la coopérative de santé ne garantit aucunement l'accès à un médecin et n'accorde aucun privilège d'accès à un médecin.