

# Demande d'admission

## 1 Identification du membre utilisateur-population



Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

# civique                      rue                      casier postal

Adresse (suite) \_\_\_\_\_

municipalité                      code postal

Téléphone (jour) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

année                      mois                      jour

Nom du médecin (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Votre # de dossier \_\_\_\_\_

5 chiffres, inscrits sur votre carte CSSS (bleue et blanche)

La Coop santé TémiscaVie s'engage à conserver la plus stricte confidentialité concernant les renseignements personnels



## 2

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, demande à être admis(e) comme membre utilisateur-population de la Coop santé TémiscaVie.

Je souscris dans la coopérative 1 part sociale de qualification de dix dollars payable selon les modalités déterminées par règlement. Je m'engage à respecter les règlements de régie interne de la Coop Santé (disponible au bureau ou en ligne à [www.temisensante.coop](http://www.temisensante.coop)). Je reconnais que l'adhésion à la Coop santé TémiscaVie ne signifie pas que j'aurai automatiquement / immédiatement accès à un médecin de famille.

Signé à (lieu) \_\_\_\_\_

le (date) \_\_\_\_\_

Signature du membre



### Note:

Chaque personne de 14 ans et plus doit remplir un formulaire pour être membre. Les parents peuvent signer pour leurs enfants de moins de 14 ans.

SVP apportez votre demande accompagnée de votre paiement à la clinique ou postez-les au  
19, rue Dollard  
Ville-Marie, Qc  
J9V 1L1.

**JE SUIS**  
À LA RECHERCHE D'UN MÉDECIN

SI OUI  
COCHEZ

