

DEMANDE D'ADMISSION

MEMBRE DE SOUTIEN

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



Identification

Prénom : _____

Nom : _____

Nom de la personne morale (s'il y a lieu) _____

F H

Adresse : _____

Téléphone (jour) : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____

Nom de votre médecin (s'il y a lieu) _____

Votre numéro de dossier (5 chiffres, inscrit sur votre carte du CSSS) _____

Je suis à la recherche d'un médecin (cochez s'il a lieu) :

Je soussigné(e), _____, demande à être admis(e) comme membre de soutien de la Coop santé TémiscaVie.

Je souscris dans la coopérative 25 parts sociales de qualification de dix dollars payable (total 250\$) selon les modalités déterminées par règlement et m'engage à respecter les règlements de la coopérative. *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 _____, le _____.

Signature du membre ou du mandataire de la personne morale

Note: Si vous faites la demande pour une personne morale, svp nous fournir la preuve que vous êtes mandaté(e) pour le faire. 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.