



COOPÉRATIVE DE SANTÉ DU NORD DE LA PETITE-NATION
75-2, rue Hôtel-de-Ville, Chénéville, Qc, J0V 1E0

Déclaration d'adhésion du membre utilisateur

Je, soussigné, _____, déclare avoir la capacité effective d'être un usager des services de la Coopérative de santé du nord de la Petite-Nation.

Je m'engage à respecter les règlements et politiques de la coopérative.

Je m'engage à verser à la coopérative un montant de 50 \$ applicable au paiement de mes parts de qualification conformément au règlement de régie interne adopté par la coopérative.

Signé à : _____, le _____
(lieu) (date)

Signature: _____

Identification du membre (en caractères d'imprimerie)

Nom : _____
Adresse : _____
(Numéro) (Rue) (App.)

(Ville) (Province) (Code postal)
Téléphone : _____ Courriel : _____

Réservé à l'administration

Mode de paiement et numéro du chèque : _____
Payé à (nom du recruteur) : _____
Date : _____
Numéro du membre : _____
Commentaires : _____

Prière de libeller votre chèque au nom de la Coop santé Nord Petite-Nation