



# FORMULAIRE D'ADHÉSION NOUVEAU MEMBRE

## Partis sociales obligatoires

- Les membres de la Coop sont des familles composées d'une ou plusieurs personnes demeurant à la même adresse. Pour être membre en règle de la Coop, la famille doit payer 10 parts de 10,00\$, non taxables;
- Les parts sociales ne sont payables qu'une fois et **sont remboursables. Cependant nous demandons d'en faire don afin que nous puissions les investir dans l'achat d'équipement médical.**

## Cotisation annuelle

- La cotisation annuelle peut être versée mensuellement par débit automatique à raison de: **14,65\$ pour chaque adulte et de 8,90\$ pour chaque enfant mineur** (TPS et TVQ incluses);
- La cotisation annuelle, si prélevée mensuellement, est prélevée sur votre compte bancaire à la fin de chaque mois. Le versement mensuel du premier mois d'adhésion doit être acquitté en même temps que les parts sociales pour devenir membre, soit par chèque ou carte de crédit (Visa, Master Card);
- Il est possible de payer par carte de crédit mais le montant total pour l'année sera prélevé en une seule transaction et ainsi de suite les années suivantes, à moins d'avis contraire de votre part;
- Si vous désirez arrêter vos paiements, vous devez simplement nous faire parvenir une demande signée à cet effet par courrier ou la déposer à la réception de la Coop.

### EXEMPLE :

Pour une famille de 2 adultes et 3 enfants

(avec 2 adultes et 2 enfants inscrits, les enfants suivants à la même adresse n'ont pas à payer de cotisation annuelle)

Nom et prénom		Date de naissance jj/mm/aa	Montant \$	T.P.S. + T.V.Q. / \$	Montant mensuel / \$
1)	Adulte 1	jj/mm/aaaa	12.74	1.91	14.65 \$
2)	Adulte 2 (18 ans et +)	jj/mm/aaaa	12.74	1.91	14.65 \$
3)	Enfant 1 (17 ans et -)	jj/mm/aaaa	7.74	0.90	8.90 \$
4)	Enfant 2 (17 ans et -)	jj/mm/aaaa	7.74	0.90	8.90 \$
5)	Enfant 3 (17 ans et -)	jj/mm/aaaa	0.00	0.00	0.00 \$
Parts sociales*			100.00	0.00	100.00 \$
*Une fois seulement: 10 parts sociales de 10,00\$ payable à l'adhésion			Chèque lors de l'adhésion TOTAL:		147.10 \$
			(Débit automatique de 47,10\$ pour les mois suivants)		

**L'adhésion à une coopérative de santé ne garantit aucunement l'accès à un médecin et n'accorde aucun privilège d'accès à un médecin. Seuls les médecins sont habilités à prendre en charge un patient selon les critères dictés par leur code de déontologie. Le fait de participer à ce projet collectif nous permet de mettre en place un environnement très efficace pour les médecins qui vous serviront. De ce fait, tous les patients ont accès à un rendez-vous par téléphone, sans avoir à se déplacer. La Coop de Santé, au contraire d'une clinique conventionnelle, offre de nombreux services non-assurés auxquels seuls les membres peuvent avoir accès, dont les prélèvements sanguins, la vaccination, les soins infirmiers et bien d'autres, tous sur rendez-vous, sans attente et sans frais.**

J'ai bien saisi cette information. Initiales: \_\_\_\_\_

	Nom et prénom	J'ai un médecin OUI/NON	Date naissance jj/mm/aa	No. Assurance maladie	Exp.	Montant mensuel (à remplir)
1)			/ /		/	
2)			/ /		/	
3)			/ /		/	
4)			/ /		/	
5)			/ /		/	
6)			/ /		/	
<b>Total des paiements mensuels</b>						
<b>Total incluant le 100 \$ pour les parts sociales</b>						
J'accepte de donner les parts sociales pour investir dans la Coop. SVP inscrire vos initiales: _____						
Adresse courriel: _____ Téléphone le jour: _____						
SVP inscrire votre courriel en lettre moulée, merci. <i>Toutes les nouvelles sont acheminées par courriel.</i>						

## Instructions pour paiements mensuels par chèque

- Faire un chèque** de 100\$ plus (+) le total des frais mensuels de tous les membres inscrits pour le 1<sup>er</sup> mois.
- Vous faites votre chèque à l'ordre de **Coop de Solidarité Santé La Prairie** et daté du mois courant.
- Inclure un spécimen de chèque, ou nous fournir vos informations bancaires**, afin que nous puissions débiter votre cotisation mensuellement de votre compte automatiquement à la fin de chaque mois, lors de la 1<sup>ère</sup> adhésion, celle-ci est pour un minimum de 12 prélèvements.
- Vous pouvez révoquer votre autorisation à tout moment, sur présentation d'un avis écrit, signé par vous, au **675 Chemin St-Jean, Local 102, La Prairie, J5R 2L2** (450 444-2002). Veuillez nous faire parvenir votre avis au moins 21 jours civils avant le prochain DPA. Vous pouvez communiquer avec votre institution financière ou consulter le site de Paiements Canada à l'adresse [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).
- Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'informations sur votre droit d'annuler un **accord de DPA**, vous pouvez communiquer avec votre institution financière ou consulter le site de Paiements Canada à l'adresse [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).
- Vous avez certains droits de recours s'il arrive qu'un débit ne soit pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir un remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou n'est pas conforme aux conditions du présent accord de DPA. Pour plus d'informations sur vos droits de recours, communiquer avec votre institution financière ou consulter le site de Paiements Canada à l'adresse [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).
- Je soussigné(e) autorise la Coop de Solidarité Santé La Prairie à effectuer des débits pré-autorisés dans mon compte, ce dernier étant identifié par le spécimen de chèque ci-joint, **pour un montant fixe de : \_\_\_\_\_ \$ / mois (plus 100\$ pour le premier mois seulement)**. Ce montant étant prélevé mensuellement. Il est possible qu'une augmentation soit présentée à l'assemblée annuelle et que le prélèvement soit modifié en conséquence. La 1<sup>ère</sup> année l'engagement est de 12 mois mais peut-être arrêté à tout moment pas la suite.
- Je renonce à recevoir un avis écrit précédant le premier débit.**

Spécimen de chèque fourni: **Oui**  **Non**  (Si non, svp remplir les champs ci-dessous)

Nom de l'institution bancaire: \_\_\_\_\_

Adresse de l'institution bancaire: \_\_\_\_\_

Nom du titulaire du compte: \_\_\_\_\_

No. de la succursale (5 chiffres): \_\_\_\_\_ No. de l'institution (3 chiffres): \_\_\_\_\_

No. de compte (tel qu'il est inscrit sur vos chèques): \_\_\_\_\_

*Suite à la page suivante*

## Instructions pour paiement annuel par carte de crédit, débit, chèque ou comptant

Si vous choisissez le paiement par carte de crédit, les frais qui seront portés à votre compte seront ceux des parts sociales (100\$) plus le montant annuel (12 mois) cumulé de la cotisation pour tous les membres inscrits.

**Pour les années suivantes, les frais seront portés à votre compte avant l'échéance de votre mois d'adhésion, à moins d'avis contraire de votre part, par écrit. Nous ne communiquerons pas avec vous, vous aurez les frais annuels chargés à votre compte sous le nom Coop Santé (la 1<sup>ère</sup> adhésion est pour un minimum de 12 mois).**

Débit / Chèque / Comptant       Visa       Master Card       Montant: \_\_\_\_\_

No. de la carte: \_\_\_\_\_ Expiration: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom inscrit sur la carte: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*SVP retourner par courriel: [membre@santelaprairie.coop](mailto:membre@santelaprairie.coop) ou par courrier ou déposer à la réception.*