Côté A

463, boulevard Renault
Beauceville (Québec) G5X 1N5
Téléphone : 418 774.9878
Télécopieur : 418 774.9891

989, Rue St-Luc
St-Joseph (Québec) G0S 2V0
Téléphone : 418 397.5878
Télécopieur : 418 397.4872

SECTION 1 – Renseignements personnels

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ (cell) : _____

Téléphone (travail) : _____

Date de naissance : _____

Adresse courriel : _____

Nom de mon médecin de famille :

_____

Enfant(s) de 0 à 17 ans dont le médecin de famille pratique à la Coopérative de santé Robert-Cliche

Nom : _____
Date de naissance: _____
Numéro d'assurance maladie : _____
Médecin de famille : _____

Nom : _____
Date de naissance: _____
Numéro d'assurance maladie : _____
Médecin de famille : _____

Nom : _____
Date de naissance: _____
Numéro d'assurance maladie : _____
Médecin de famille : _____

Acceptez-vous que l'on vous fasse parvenir l'avis de paiement de la contribution annuelle par courriel ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, assurez-vous d'avoir inscrit une adresse courriel valide à la section 1 du présent formulaire

→ Remplir côté B

Aimeriez-vous adhérer à notre service de paiement de la contribution annuelle par débit pré-autorisé ? ☐ Oui ☐ Non

En adhérant au débit pré-autorisé, votre contribution annuelle s'acquitte automatiquement d'année en année à la date due, vous permettant ainsi de maintenir vos avantages membre sans interruption. Notez que votre adhésion à ce service est annulable en tout temps sans complication.

SECTION 2 – Parts sociales et cotisation annuelle

ADULTE : 100 $ [1] (première année)

ENFANT de 0 à 17 ans : GRATUIT avec l'adhésion d'un parent [2]

[1] Ce montant représente 7 parts sociales à 10 $ chacune pour un total de 70 $ et une cotisation annuelle de 30 $ pour la première année. Les membres peuvent détenir des parts sociales additionnelles s'ils le souhaitent.

[2] Le médecin de famille de l'enfant doit pratiquer à la Coopérative de santé Robert-Cliche.

COTISATION ANNUELLE :

Les cotisations annuelles subséquentes seront déterminées selon les besoins de la coopérative et le nombre de membres inscrits à celle-ci. Le montant sera fixé par le conseil d'administration élu par les membres.

SECTION 3 – Signature et mode de paiement

Montant total : 100 $

Mode de paiement : ☐ Chèque ☐ Comptant ☐ Paiement direct

☐ Paiement automatique ☐ Chez Desjardins

(Le paiement doit accompagner le formulaire d'adhésion pour que celui-ci soit valide.)

Signé à _____ (nom de la ville), le _____ (date)

_____
(signature du membre)

Clause testamentaire :

À mon décès, je désire léguer mes parts sociales à la Coopérative de santé Robert-Cliche.

_____
(signature) (date)

ADHÉSION AU PAIEMENT AUTOMATIQUE

Coopisanté ROBERT-CLICHE

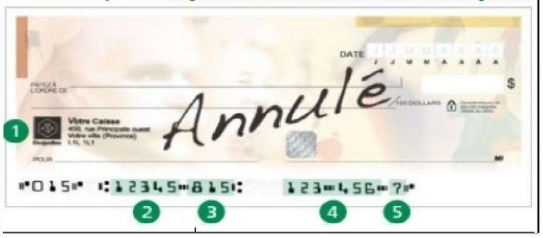
Une fois complété et signé, retournez ce formulaire par l'une des quatre façons suivantes :

1) Par courriel à info@coopsanterc.com
2) Par télécopieur au 418-774-9891
3) Par la poste au 463, boulevard Renault, Beauceville (Qc), G5X 1N5
4) Au secrétariat de la Coopérative de santé Robert-Cliche

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du(des) titulaire(s)		**JE CHOISIS DE PAYER PAR CRÉDIT**		**JE CHOISIS DE PAYER PAR PRÉLÈVEMENT BANCAIRE** **Vous pouvez aussi simplement fournir un spécimen de chèque et nous remplirons ce tableau pour vous**	
Adresse (rue, ville)		Numéro de la carte de crédit		Nom de l'institution financière où est détenu le compte ❶	
Courriel		Type de carte (Visa, Mastercard, ...)		N° de transit ❷	
Code postal	Téléphone	Expiration (mm/aa)	Chiffre vérificateur	N° de l'institution ❸	N° de compte (avec chiffre vérificateur) ❹ ❺

Exemple : spécimen de chèque



Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme Coopérative de santé Robert-Cliche	Courriel info@coopsanterc.com	
Adresse (rue, ville, province) 463, boul. Renault, Beauceville, Qc	Code postal G5X 1N5	Téléphone 418-774-9878

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentant[s] dûment autorisé[s]), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) sur la carte de crédit désignée ci-dessus ou dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante : ☒ annuelle

Le premier retrait correspondra :

☒ à la valeur du montant pour l'adhésion comme membre de la Coopérative de santé Robert-Cliche (si celle-ci n'a pas été payé d'une quelconque autre façon préalablement). Le coût d'adhésion comme membre est de 100$ taxes incluses.

Chaque retrait subséquent correspondra :

☒ à la valeur de la contribution annuelle fixée par le Conseil d'administration lors de l'année en cours. Si le montant varie, celui-ci me sera communiqué par l'organisme bénéficiaire, par écrit, par courriel ou par téléphone, au moins 10 jours avant la date d'échéance.

Pour les services suivants : Adhésion et/ou contribution annuelle de la Coop de santé Robert-Cliche, le tout constituant un DPA personnel/particulier.

Renonciation :

☐ **Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus lors d'un changement au montant de la contribution annuelle.**

Changement ou annulation :

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours civils, auprès de l'organisme bénéficiaire. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part. Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation. Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA **personnel** et dans les 10 jours ouvrables du retrait pour un DPA d'**entreprise**, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au paiement automatique soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Signature du ou des titulaires

Signature du titulaire du compte	Date (jj/mm/aaaa)
Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)	Date (jj/mm/aaaa)