

COOPÉRATIVE DE SERVICES À DOMICILE DE LA MRC DE MONTMAGNY

DEMANDE D'ADHÉSION

Membre

Non membre

Avez-vous déjà utilisé les services de la Coopérative : OUI NON

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____ TÉLÉCOPIEUR : _____

COURRIEL : _____ NAM : _____

Je soussigné(e), demande à devenir membre de la Coopérative de services à domicile de la MRC de Montmagny et je m'engage à :

- Respecter la réglementation de ladite Coopérative;
- Souscrire et payer mes parts de qualification, tel que déterminé par les règlements, soit cinq parts de dix dollars chacune pour un total de cinquante dollars (50 \$);
- Faire don à la Coopérative de mes parts de qualification après trois (3) ans sans services si je n'ai pas demandé le remboursement de ces parts.

SIGNATURE : _____ **DATE** : _____

FACTURATION DE LA PART SOCIALE

À l'adhésion Facturation en 1 versement Facturation en 5 versements

FACTURATION DES SERVICES

Si la facture doit être expédiée à une personne autre que le membre, prière de donner les renseignements nécessaires.

Paiement préautorisé Facture: Internet Poste Télécopieur
Autres Précisez le lien : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

CODE POSTAL : _____ COURRIEL : _____

TÉLÉPHONE : _____ TÉLÉCOPIEUR : _____

Admis par le conseil d'administration le : _____

du certificat de membre : _____