



## Coopérative de Santé de St-Denis-sur-Richelieu

Fondée au printemps 2009, la Coopérative de solidarité de santé de St-Denis-sur-Richelieu (CSSSD) a besoin de la mobilisation rapide de toute la communauté de la région pour assurer la survie du Centre Médical de St-Denis.  
VOTRE clinique à besoin de VOUS!

### **Pourquoi une coopérative de santé?**

- Pour assurer le maintien de notre clinique à St-Denis
- Les membres sont propriétaires de LEUR clinique, ils peuvent participer démocratiquement à sa gestion (en devenant membre du C.A. ou en votant aux assemblées).
- Organisme à but non lucratif : tous les profits sont réinvestis en services (ex. : présence d'une infirmière) ou en améliorations locatives (ex. : rampe d'accès pour handicapés)
- Facilite le recrutement de nouveaux médecins
- La part sociale est totalement remboursable en tout temps

### **Quels sont les avantages de devenir membre?**

- Maintenir des services médicaux à St-Denis et en région!
- Contribuer concrètement à l'amélioration des services offerts
- Les enfants de moins de 18 ans d'un membre bénéficient des mêmes avantages
- Tarifs préférentiels sur certains services ou actes médicaux non assurés

### **Comment devenir membre?**

- Remplir, signer et poster le formulaire au verso
- Acheter sa part sociale (remboursable): 90\$ payable en maximum 3 versements répartis sur 1 an (chèques post-datés)
- Payer des frais annuels de 65\$ (en un seul versement) dès la 1<sup>ère</sup> année.

***Pour plus d'informations, n'hésitez pas!  
(450)909-0702 ou présentez-vous à la Coopérative***



Coopérative de Santé  
de St-Denis-sur-Richelieu

## Formulaire d'adhésion

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Nom du médecin de famille actuel: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

No. de tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Cochez ici si vous ne désirez pas avoir des nouvelles de votre Coop de santé

**Voici mon paiement de 90\$ + 65\$ = **155\$****

en argent

en \_\_\_\_\_ chèque(s) à l'ordre de la CSSSD

Date des chèques : \_\_\_\_\_

(Maximum 3 chèques sur 1 an) \_\_\_\_\_

En plus de ma part sociale d'adhérent, je souhaite soutenir ma Coop en achetant des parts sociales supplémentaires (10\$ chacune), ces parts ne m'accordant pas de bénéfices additionnels ou de droit de vote supplémentaire (un membre=un vote) aux assemblées. **Ceci est une contribution totalement volontaire.**

**Je désire acheter \_\_\_\_\_ parts supplémentaires X 10\$ = \_\_\_\_\_**

### Déclaration du membre :

*Je déclare être un utilisateur de la Coopérative de solidarité de santé de St-Denis. Je m'engage à respecter les règlements de sa régie interne. Je comprends que je deviendrai membre en règle (avec les privilèges qui s'y rattachent) dès que le montant de 155\$ sera acquitté au complet. Par la suite, pour conserver mes privilèges, je devrai verser une cotisation annuelle de 65\$, payable une fois par année en un seul versement.*

Signature du membre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Enfants de moins de 18 ans qui bénéficieront des avantages du parent-membre:

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**SVP remplir un formulaire par adulte.**

**Postez ce formulaire rempli ainsi que votre paiement au**

**620 chemin des Patriotes, St-Denis-sur-Rich. Qc J0H 1K0 ou**

**déposez-les à l'endroit prévu à cette fin à la Coopérative durant les heures d'ouverture.**