



Coopérative de Santé de St-Denis-sur-Richelieu

Membership de soutien

Date: _____

Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____

Tel: _____

Courriel: _____

Représentant: _____

Je ne désire pas recevoir de bulletin d'information provenant de la coop de santé.

Nombre	Plan		Total
_____	Diamant	\$5,000	_____
_____	Platine	\$3,000	_____
_____	Or	\$1,500	_____
_____	Argent	\$500	_____
_____	Bronze	\$250	_____
	grand total		_____

De plus, je désire utiliser les services de la coopérative avec les mêmes droits et avantages qu'un membre-utilisateur et être assujéti à la même cotisation annuelle de 45 \$ (applicable à une personne physique seulement).

date de naissance: _____

médecin de famille: _____

nom de l'enfant: _____

date de naissance: _____

nom de l'enfant: _____

date de naissance: _____

nom de l'enfant: _____

date de naissance: _____

nom de l'enfant: _____

date de naissance: _____

nom de l'enfant: _____

date de naissance: _____

Signature

Titre