



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 : soins infirmiers, prélèvement, traitements et suivis) ou en améliorations locatives (ex. : rampe d'accès pour handicapés)
- Facilite le recrutement de nouveaux médecins
- Facilite le développement de l'offre de services offerts à la population (denturologue, dentiste, physiothérapeute, acupunctrice, nutritionniste, massothérapeute, travailleuse sociale, ostéopathe, etc.)
- Participer à l'économie locale par la création d'emplois localement
- C'est un geste de solidarité sociale

Quels sont les avantages de devenir membre?

- Maintenir des services médicaux à St-Denis et en région!
- Maintenir des services professionnels divers 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 cliniques et administratifs ou actes médicaux non assurés par la RAMQ

Comment devenir membre?

- Remplir, signer et poster le contrat de membre au verso
- Acheter sa part sociale (remboursable) 90\$ payable (une seule fois) ET s'engager à :
- Payer une contribution ANNUELLEMENT de 86,98\$ plus taxes dès la 1^{ère} 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

Contrat de membre

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance: _____ Nom du médecin de famille actuel: _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

No. de tél. : _____ Courriel : _____

A mon décès **ou** à ma démission comme membre, je désire faire un don de mes parts de qualification à la CSSSD. _____ (signature du membre)

Voici mon paiement de 90\$ + (86,98\$+TPS+TVQ)=190,00\$****

en argent en _____ chèque(s) à l'ordre de la **CSSSD**

Date des chèques : _____

(Maximum 3 chèques sur 1 an de 90\$, 50\$ et 50\$) _____

En plus de ma part sociale de qualification, 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) en autant que mes paiements soient effectués aux dates prévues maximum 3 chèques sur 1 an. Par la suite, pour conserver mes privilèges, je devrai verser une contribution annuelle de 86,98\$ plus taxes (100,00\$), 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-Richelieu. Qc J0H 1K0 ou

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