

**DEMANDE D'ADHÉSION COMME MEMBRE
DE SOUTIEN INDIVIDUEL**

IDENTIFICATION

Nom :

Adresse :

Téléphone(s) :

Courriel :

TYPE DE MEMBRE

Je soussigné, _____, demande à être admis comme membre de soutien de la **Coop santé de l'Université de Sherbrooke, coopérative de solidarité.**

DÉCLARATION

Je déclare avoir un intérêt économique, social ou culturel dans l'atteinte de l'objet de la Coop santé et je m'engage à respecter les règlements de la Coop santé.

Je souscris vingt dollars (20 \$) dans la Coop santé, soit deux parts de qualification de dix dollars (10 \$) chacune payables selon les modalités déterminées par le règlement.

Signature

Date

*Veillez faire parvenir votre formulaire et votre souscription (argent comptant ou **chèque à l'ordre de la Coop santé de l'UdeS**) par courrier à :*

*Jacques Beaulac, directeur général
Coop santé de l'Université Sherbrooke
Campus principal
2500, boul. de l'Université
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1*