COOP TM/MC

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Sceau du magasin

Votre numéro de membre est le

1 INFORMATION REQUISE Voir verso

Nom :
Nom de famille (en lettres moulées, SVP) Prénom et initiales

Rue ou C.P. : Ville ou village :

Province : Code postal : Téléphone : NAS :

☐ (Facultatif) Veuillez m'envoyer des mises à jour périodiques par courrier électronique. Adresse électronique : ____________

2 INFORMATION REQUISE Voir verso

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

Par la présente, je, (nom), ____________ autorise le conseil d'administration de la coopérative à transférer ou à verser, suite à mon décès, toute somme qui serait à mon crédit, moins les dettes, à (nom)____________ de (lieu) ____________.

Signé à (lieu)____________, le (date)____________20 ______.

Témoin : ____________ Signature du membre : ____________

Par la présente, je demande de devenir propriétaire de la coopérative et j'accepte de me conformer à ses règlements administratifs.
Je comprends que je dois satisfaire aux conditions suivantes pour être propriétaire :
a) Je dois faire un investissement initial de ____________.
b) Je peux annuler mon adhésion à la coop en tout temps en donnant un avis écrit adressé à la secrétaire ou au secrétaire du conseil d'administration.
(Nota - Si vous annulez votre adhésion, votre capital social vous sera remboursé conformément aux règlements administratifs de la coopérative et à la loi provinciale sur les associations coopératives.)

Investissement dans le capital social au montant de ____________ reçu par ____________

Signature du membre : ____________ Date (mm/dd/yyyy)

3 INFORMATION FACULTATIVE Voir verso

Veuillez remplir si vous désirez profiter des privilèges d'encaissement de chèques. La carte de membre-propriétaire doit être présentée au moment d'encaisser un chèque.

N° de permis de conduire ou de carte de crédit :

Établissement financier : Succursale :
N° de compte

Employeur : N° de tél. de l'employeur :

4 INFORMATION FACULTATIVE Voir verso

Veuillez nous fournir les renseignements suivants au sujet des personnes qui recevront une carte de membre.

Nom	Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Sexe	Carte
		☐ Membre M F	☐
			☐

Pourquoi avez-vous adhéré à la coop? ____________

Comment chauffez-vous votre maison? ☐ Propane ☐ Huile ☐ Électricité ☐ Bois ☐ Autre (Vous pouvez cocher plus d'une case.)

Combien de véhicules votre ménage possède-t-il? ______ Voulez-vous faire partie d'un comité de votre magasin? ☐ Oui ☐ Non

À l'usage du bureau seulement

Date d'approbation par le conseil : ____________ Signature du représentant du conseil : ____________

Blanc - Magasin Jaune - Membre