



**Coopérative de services Rive-Sud**  
 730, route du Président-Kennedy  
 Lévis (Québec) G6C 1E2  
 Téléphone : (418) 838-4019  
 Télécopieur : (418) 838-6061  
[info@servicesrivesud.com](mailto:info@servicesrivesud.com)  
[www.servicesrivesud.com](http://www.servicesrivesud.com)

## Demande d'adhésion membre régulier

N° de membre

Je soussigné, \_\_\_\_\_, demande à devenir membre de la Coopérative de services Rive-Sud, dont le siège social est situé au 730, route du Président-Kennedy, à Lévis. Je m'engage à respecter les règlements de la Coopérative et souscris **5 parts sociales de 10 \$, pour un total de 50 \$.**

**(Ce capital est remboursable, lorsqu'un membre déménage, démissionne ou décède, selon les dispositions prévues au règlement).**

**Mode de paiement :**     Chèque                       Argent

**Veillez remplir cette section en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Secteur \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Ce \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Témoin \_\_\_\_\_

**Pour notre information, nous aimerions savoir de quelle façon vous avez connu nos services :**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personnel hospitalier<br><input type="checkbox"/> Professionnel de la santé<br><input type="checkbox"/> Intervenant du CSSS<br><input type="checkbox"/> Intervenant organisme communautaire<br><input type="checkbox"/> Proche (parent, ami, voisin)<br><input type="checkbox"/> Proche (actuellement usager de la Coopérative) | <input type="checkbox"/> Salons, kiosques, événements publics<br><input type="checkbox"/> Présentations, conférences, exposés<br><input type="checkbox"/> Articles de journaux et/ou revues<br><input type="checkbox"/> Publicité écrite, parlée<br><input type="checkbox"/> Personnel des Caisses populaires<br><input type="checkbox"/> Employé de la Coopérative |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Section réservée à l'administration**

**Accepté par le conseil d'administration ce** \_\_\_\_\_ **20**\_\_\_\_\_

**Par :** \_\_\_\_\_  
 Signature de la personne autorisée

**Complété par :** \_\_\_\_\_  
 Signature conseillère services aux membres

Saisie Qualicode  
 Initiales : \_\_\_\_\_