



# COOPÉRATIVE DE SANTÉ

## DEVENEZ MEMBRES DÈS MAINTENANT

### Pourquoi une coopérative de santé

On retrouve près de 40 coopératives de santé au Québec et plus de 100 000 citoyens du Québec sont membres de celles-ci. Elles sont nées d'initiatives, de citoyennes et de citoyens et aussi d'élus.es qui souhaitent **maintenir des services de santé dans leur communauté.**

### Quels sont les objectifs de la Coopérative

- Assurer la survie de la Clinique médicale de Sainte-Croix
- Maintenir des services de santé de proximité pour les citoyens de la région
- Favoriser le recrutement de nouveaux médecins
- Développer de nouveaux services de santé
- Contribuer à la vitalité socio-économique de notre communauté

### Comment ça fonctionne

Les coopératives de santé offrent des services complémentaires en santé ainsi que des **avantages importants** à leurs membres, tels des rabais chez des détaillants et partenaires.

Pour être membre d'une coopérative, il est nécessaire d'obtenir des parts de qualification (remboursables sur demande). Pour la Coopérative de solidarité et de santé du nord de Lotbinière, les membres doivent acquérir 5 parts de qualification de 10 \$ chacune pour un montant total de 50 \$.

Une contribution annuelle de 75 \$ est aussi nécessaire. Elle sert à :

- Administrer la coopérative
- Développer des services exclusifs aux membres
- Acquérir des équipements
- Assurer la pérennité de la coopérative



**JE DEVIENS MEMBRE!**



on répond à vos questions  
saintecroix.ca

formulaire papier au verso

# Coopérative de solidarité et de santé du nord de Lotbinière

## DEMANDE D'ADMISSION MEMBRE UTILISATEUR-CONSOMMATEUR

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, demande à être admis(e) comme membre et déclare avoir la capacité effective d'être un usager des services de la **Coopérative de solidarité et de santé du nord de Lotbinière** en qualité d'utilisateur.

Je m'engage à :

- respecter les règlements de cette coopérative;
- utiliser les services à la coopérative lorsqu'ils seront requis;

Je souscris \_\_\_\_\_ parts sociales de qualification de dix dollars (10 \$) chacune conformément aux modalités déterminées par règlement.

Signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

.....  
Signature

Nom : .....

Adresse : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

Cellulaire : .....