



67 rue du Couvent  
Gatineau, Québec  
J9H 6A2

Site Web: <http://coopsa.org>

Ligne téléphonique de la Coop:

819-684-7574

Heures de bureau: 8 h à 16 h

## AVIS DE COTISATION 2010

LA COOP SANTÉ AYLMEER, C'EST NOTRE ACCÈS AUX SOINS CHEZ NOUS.

LA COOP DOIT SURVIVRE ET PROSPÉRER.

NOTRE CONTRIBUTION À TOUS ASSURERA SA SURVIE.

Le conseil d'administration de la Coop Santé Aylmer a fixé le montant de la cotisation à 100 \$ par membre pour l'année 2010.

**Cependant, le tarif exigible pour une famille est le suivant: premier adulte, 100 \$, deuxième adulte, 50 \$, les enfants aux études de 18 à 25 ans inclusivement, 25 \$. Tous les enfants âgés de moins de 18 ans le 31 décembre 2009 n'ont aucune cotisation à payer. Les taxes (TPS et TVQ) sont exigibles.** Les modes de paiement **par la poste** sont les suivants: chèque et mandat-poste à l'ordre de la Coop Santé Aylmer, et carte de crédit. **Au service d'administration de la Coop (sous-sol)**, les paiements au comptant et par carte de débit sont aussi acceptés. Au sous-sol de la clinique, une boîte permet de recevoir les enveloppes-retours lorsque le bureau est fermé.

Cet avis de cotisation doit être acquitté **avant la fin de février 2010** afin de garder intacts les privilèges de membre. Des frais administratifs pourront être exigés pour tout paiement en retard. Des frais de 25 \$ seront facturés pour les chèques refusés par votre institution bancaire. Si vous êtes dans l'impossibilité de payer le plein montant avant la fin de février 2010, S.V.P. faire des arrangements avec le service de comptabilité situé au sous-sol de l'édifice de la Coop.

Toutes les réponses à vos questions sur la cotisation en visitant notre site Web: <http://coopsa.org>

1234567890 Mon prénom et mon nom 1234567 rue de la coop Gatineau, QC J9H 6A2  M 819-684-xxxx    T 819-684-xxxx  nom@videotron.ca	Corrections à vos coordonnées. Pour les corrections aux coordonnées des autres membres de la famille, joindre leurs avis de cotisation corrigés.  Inscrire votre adresse courriel si vous acceptez qu'on communique avec vous par courriel.  Adresse courriel _____ @ _____
--	---

	NOM	No. de membre	Taux	TPS	TVQ	MONTANT	Montant à payer
<b>Adhérent</b>	(inscrit sur l'étiquette ci-haut)		100,00 \$	5,00 \$	7,88 \$	112,88 \$	<b>112,88 \$</b>
<b>Conjoint</b>	Nom et prénom du conjoint	1234567	50,00 \$	2,50 \$	3,94 \$	56,44 \$	<b>56,44 \$</b>
<b>Étudiant 1</b>			25,00 \$	1,25 \$	1,72 \$	28,22 \$	
<b>Étudiant 2</b>			25,00 \$	1,25 \$	1,72 \$	28,22 \$	
						Montant à inscrire	
<b>Note</b> – Inscrire les noms du conjoint et des enfants-étudiants de 18 à 25 ans uniquement si ceux-ci sont membres. Ne pas oublier d'inscrire le numéro de membre de chacun. Inclure aussi les noms et numéros de membre des enfants de moins de 18 ans. (Voir des exemples sur le site Internet.)						<b>Grand total à payer</b>	<b>169,32</b>

Paiement expédié par la poste (affranchir l'enveloppe-retour) ou déposé à la Coop: Chèque  - Mandat-poste  OU

Carte de crédit: Master Card  - Visa  - Numéro de carte de crédit \_\_\_\_\_

Nom tel qu'inscrit sur la carte: \_\_\_\_\_ Expiration (mois/année) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Réservé à l'usage de la Coop

Pour paiement par la poste ou si vous laissez votre enveloppe dans la boîte prévue à cet effet au sous-sol.

Pour paiement au comptoir situé au sous-sol

Paiement au comptant   
 Paiement par carte de débit