COOP SANTÉ AYLMER HEALTH COOP

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 AYLMER, 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-réponses 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

Étiquette pré-identifiée

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
Adhérent	(inscrit sur l'étiquette ci-haut)		100,00 $	5,00 $	7,88 $	112,88 $	**112,88 $**
Conjoint	Nom et prénom du conjoint	1234567	50,00 $	2,50 $	3,94 $	56,44 $	56,44 $
Étudiant 1	Nom et prénom	2345678	25,00 $	1,25 $	1,72 $	28,22 $	28,22 $
Étudiant 2			25,00 $	1,25 $	1,72 $	28,22 $	
Note uniquement 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.)				**Grand total à payer**			**197,54 $**

Écrire les noms et numéros de votre conjoint et des enfants de 18 ans et plus. Joindre les avis de cotisation de chacun et y faire les corrections nécessaires.

Montant à inscrire

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'

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 ☐