



67, rue du Couvent, Gatineau (Qc), J9H 6A2

Téléphone : 684-1234 poste 611

Adresse électronique : info@coopsa.org

Site Internet : http://coopsa.org

## Demande de transfert et de remboursement

Votre numéro de dossier à la clinique: \_\_\_\_\_

Votre numéro de carte de membre: \_\_\_\_\_

### Identification du membre utilisateur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### Demande de transfert

Je désire que mes 5 parts sociales soient transférées à

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (lien familial)

\_\_\_\_\_  
signature d'une personne autorisée

\_\_\_\_\_  
date

Motif: Décès du titulaire

Autre: \_\_\_\_\_

### Demande de remboursement

Je désire le remboursement intégral de mes 5 parts sociales (50 \$ au total).

Motif invoqué: Déménagement

Autre: \_\_\_\_\_

Décès du titulaire

S.V.P. libeller le chèque à mon nom

ou à ce nom \_\_\_\_\_

Et

En cas du décès du titulaire seulement

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je désire que le remboursement soit versé à Fondation des Services de Santé d'Aylmer (FSSA) pour la Coop Santé Aylmer et qu'un reçu pour fins fiscales me soit expédié.

\_\_\_\_\_  
signature d'une personne autorisée

\_\_\_\_\_  
date

Espace réservé à l'administration

Date d'acceptation par le CA: \_\_\_\_\_

Numéro du nouveau membre: \_\_\_\_\_

(Un formulaire de demande d'adhésion doit être rempli et signé par le nouvel adhérent.)