



Coop de solidarité des Stokoïs et Stokoïses

DEMANDE D'ADMISSION MEMBRE DE SOUTIEN

Je soussigné, demande à être admis à titre de membre de soutien au sein de la coop de solidarité des Stokoïs et Stokoïses. Je m'engage à respecter les règlements de la coop. Je souscris dans la coop le nombre de parts sociales de qualification de dix dollars correspondant au choix suivant:

Votre choix	Type de membre de soutien	Montant à payer
<input type="checkbox"/>	Individuel	100 \$
<input type="checkbox"/>	Corporatif	500 \$
<input type="checkbox"/>	Société ou personne morale ayant une mission sociale	300 \$

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Courriel _____

Faites parvenir votre paiement ainsi que ce formulaire dûment rempli au 262 rue du Havre Stoke, Québec, J0B 3G0. Les paiements par chèque doivent être faits à l'ordre de la Coop de solidarité des Stokoïs et Stokoïses. Pour toutes questions relatives au recrutement des membres, merci de contacter Lyne Guillemette au 819-878-3175. Pour plus de renseignements, visiter notre site web: www.coopdesstokoïs.com

Signé à _____ (lieu) le _____ (date)

_____ (signature)