



FORMULAIRE D'ADHÉSION

VOS INFORMATIONS

*Champs obligatoires

PRÉNOM ET NOM

ENTREPRISE

ADRESSE COURRIEL

TÉLÉPHONE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

VILLE

PROVINCE*

CODE POSTAL *

Je certifie que les informations ci-dessus sont véridiques. Je désire devenir membre du Magasin de l'Isle, Coopérative. Je m'engage à adhérer aux principes coopératifs et aux statuts et règlements. Je m'engage à souscrire 20 parts sociales de dix dollars (10 \$), pour un total de deux cents dollars (200 \$).

☐

JE DÉSIRE DEVENIR MEMBRE (cocher)

DATE :

SIGNATURE DU NOUVEAU MEMBRE :
