

Le _____

CLINIQUE MÉDICALE DE LA VALLÉE
151 rue Saint-Cyrille suite 202
Saint-Raymond (Québec)
G3L 0K3 Canada

À l'attention du conseil d'administration

Objet: Demande d'admission à titre de membre

Je désire devenir membre de la personne morale sans but lucratif, Clinique médicale de la Vallée (la « personne morale »), et ce, plus particulièrement à titre de membre résident, de membre délégué (d'un membre corporatif) ou de membre honoraire (le « Futur membre »).

Le Futur membre s'engage à respecter l'acte constitutif et les règlements de la personne morale, lesquels peuvent être modifiés de temps à autre. Le Futur membre reconnaît que son admission ne sera effective qu'une fois la présente demande d'admission dûment acceptée par le conseil d'administration de la personne morale.

Par ailleurs, le Futur membre reconnaît avoir dûment été informé que le statut de membre de la personne morale est indépendant des accès aux services de santé offerts par les professionnels de la santé exerçant leurs activités professionnelles dans les locaux de la personne morale et ne donne aucun droit ou priorité pour avoir accès à ceux-ci.

À des fins de conformité aux lois corporatives applicables à la personne morale et pour toute communication ultérieure avec la personne morale, le Futur membre consent à ce que les renseignements personnels le concernant contenus dans la présente demande d'admission soient utilisés, collectés et communiqués. Par ailleurs, le Futur membre consent expressément à recevoir par courriel des nouvelles et des mises à jour relatives aux activités de la personne morale. Ce consentement peut être retiré en tout temps.

RENSEIGNEMENTS DU FUTUR MEMBRE

NOM : _____
ADRESSE : _____
COURRIEL : _____
TÉLÉPHONE : _____

Signé à _____, ce _____ ième jour de _____ 20 ____.

Signature

La cotisation annuel du membre est sans frais.

- J'accepte de faire un don de _____ \$ à la personne morale sans but lucratif CLINIQUE MÉDICALE DE LA VALLÉE. (nous vous contacterons pour procéder au paiement)