



DEMANDE D'ADHÉSION

NOM : _____

ADRESSE : _____

N° DE TÉLÉPHONE : _____ N° DE TÉLÉCOPIEUR : _____

COURRIEL : _____

CATÉGORIES DE MEMBRES

**Cotisation annuelle - 10 \$ par an

Administrateur membre d'office
– aucun frais

Membre à vie - aucun frais

Membre honoraire – aucun frais

**En ce qui concerne l'adhésion annuelle, veuillez prendre connaissance des énoncés suivants :

- 1 - Une personne désireuse de poursuivre la mission de la Société peut faire une demande d'adhésion annuelle. Toute candidature au poste de membre annuel doit être approuvée par une résolution du Conseil.
- 2 - Une adhésion annuelle à la Société sera en vigueur seulement à partir du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante.
- 3 - Un membre annuel n'aura pas le droit de vote aux réunions de la Société à moins d'avoir payé la totalité des frais de cotisation au moins soixante (60) jours avant la date de la réunion.

Les conditions de candidature :

- 1 - Le candidat ou la candidate doit payer les frais de cotisation annuelle à la Société conformément à la somme déterminée occasionnellement par le Conseil.
- 2 - Au moment de payer les frais de cotisation :
 - (a) Le candidat ou la candidate ne doit pas être un membre du personnel professionnel; un employé; ou un associé d'un membre du personnel professionnel ou d'un employé de la Société.
 - (b) Le candidat ou la candidate doit avoir l'âge de dix-huit (18) ans révolus; Habiter à Cornwall, dans les comtés de Stormont, Dundas ou Glengarry ou à Akwesasne pendant trois (3) mois consécutifs précédant immédiatement la demande; ou être employé ou exploiter une entreprise à Cornwall, dans les comtés de Stormont, Dundas ou Glengarry ou à Akwesasne.

Par la présente, je reconnais avoir lu les conditions de candidature décrites ci-dessus et je certifie que je réponds à toutes les exigences relatives au statut de membre.

Signature

Date

Si vous faite demande pour une adhésion annuelle, veuillez libeller votre chèque au nom de l'Hôpital communautaire de Cornwall.

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE

Frais de cotisation 10 \$

Paiement reçu

Oui

Non

Reçu et carte de membre émis par :

Nom du représentant de l'HCC

Date d'approbation par le Conseil

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'article 300 de la *Loi sur les personnes morales*. Les renseignements fournis ne seront pas utilisés à des fins autres que celles énoncées dans le présent formulaire, sauf si vous en avez donné l'autorisation. Si vous avez des questions à propos des renseignements personnels à votre sujet, veuillez communiquer avec la coordonnatrice de l'accès à l'information au 613-938-4240, poste 2262.