



Coopérative funéraire  
de l'Outaouais

## Formulaire d'adhésion membre

❖ Je souhaite devenir membre de la Coopérative funéraire de l'Outaouais. Je souscris deux parts sociales de 10 \$ et vous expédie un chèque de 20 \$.

❖ Au décès, je désire que mes parts sociales soient :

Remboursées à ma succession

Remises à ma coopérative funéraire, à titre de contribution à son développement

Transférées à \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Homme Femme Statut :

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Langue \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

Tél. : Maison \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Courriel 2 \_\_\_\_\_

N.A.S (Canada)

N.A.M (Québec)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.A.S (hors Canada)

N.A.M (Hors Québec)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Ville de naissance \_\_\_\_\_

Province de naissance \_\_\_\_\_ Pays de naissance \_\_\_\_\_

---

Admis par le conseil d'administration le : \_\_\_\_\_

J'autorise, en cas de besoin, la Coopérative funéraire de l'Outaouais à divulguer les renseignements contenus dans cette demande. Oui Non

\_\_\_\_\_  
Signature du membre

\_\_\_\_\_  
Date

Veillez imprimer et retourner ce formulaire avec votre paiement au  
95, boulevard de la Cité-des-Jeunes, Gatineau (Québec) J8Y 6X3. Téléphone : 819 778-2425