

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RETRAIT

(pour remboursement de capital social et s'il y a lieu, de parts privilégiées)

Numéro de membre : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Raison du retrait : _____

Adresse à laquelle la Coopérative doit vous envoyer le chèque :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

**NOTE : il faut compter un délai de trois mois pour recevoir le remboursement des sommes payées sur les parts sociales de qualification et autres.
(Article 3.3 des Règlements de la Coopérative).**

IMPORTANT : ce formulaire doit être signé par le membre qui possède la carte.

Aucune autre signature ne sera acceptée sauf quand la personne est décédée (nous devons avoir une copie du certificat de décès ou avis de décès paru dans les journaux).

Signature : _____ Date : _____

Reçu par (nom de l'employé) : _____ Date : _____