

DEMANDE D'ADHÉSION AU REGROUPEMENT - CABINETS DENTAIRES

Tous pour un inc.

Nom du Cabinet : _____

Adresse : _____

Suite : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : () _____

Fax : () _____

Courriel : _____ Nombre d'employés : _____

Nom de la personne responsable : _____

Titre : _____

MEMBRE :

Tout cabinet dentaire éligible comprenant deux (2) personnes et plus, référé par un cabinet déjà membre ou invité par la corporation.

CABINET DENTAIRE ÉLIGIBLE :

Tous les cabinets dentaires sont éligibles.

FRAIS D'ADHÉSION :

Tout cabinet dentaire invité et/ou intéressé doit acquitter des frais administratifs annuels de 75.00 \$

CONSEIL D'ADMINISTRATION :

Le conseil d'administration est formé de sept (7) administrateurs provenant de différents secteurs (membres).

Tout administrateur est sujet au droit de réserve de l'actionnaire principal.

PERMANENCE :

TOUS POUR UN INC. a ses bureaux permanents à l'adresse civique suivante:
2550, boul. Daniel-Johnson, suite 800 Laval (Québec) H7T 2L1 tél: (450) 686-0295

RÈGLE :

Seuls les membres qui ont acquitté leurs frais de cotisation annuelle ont droit aux biens et services offerts par *Tous pour un inc.*

EXPÉRIENCE FINANCIÈRE :

Seul, *Tous pour un inc.* ou ses sous-traitants ont accès aux expériences financières des assureurs ou des fournisseurs de service.

Un membre qui désire pour une raison ou une autre, avoir accès à des informations les concernant, devra en faire la demande par écrit à *Tous pour un inc.*

AUTRE SERVICE :

Seul, *Tous pour un inc.* peut à sa discrétion, choisir un fournisseur de biens ou services tel que demandé par un ou des membres. De plus, ce fournisseur de biens et services devra, le cas échéant, offrir des biens ou des services dans l'intérêt de la majorité des cabinets éligibles.

LU ET ACCEPTÉ PAR :

Signature

Nom en lettres moulées

Date