



NUMÉRO DE MARCHAND : _____

Compléter ce formulaire en **lettres moulées** et retourner à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Par la présente, je sollicite mon admission comme membre de la COOP VITRO-M.A.G. Vous trouverez ci-inclus ma part sociale de dix dollars (10 \$) remboursable.

Nom du Marchand : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Ville / Province : _____

Code Postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Numéro de succursale : _____

Signature

IMPORTANT : VEUILLEZ INCLURE VOTRE CHÈQUE AVEC CETTE DEMANDE D'ADHÉSION

À L'USAGE DE LA COOP

J	M	A	_____
Date d'entrée			

Faire parvenir votre demande à l'adresse suivante :

COOP VITRO-M.A.G.
6805, boulevard des Roseraies
Anjou (Québec)
H1M 3N3

TÉLÉPHONE : (514) 334-6920 ou SANS FRAIS : 1-800-641-9925
TÉLÉCOPIEUR : (514) 387-8518 ou SANS FRAIS : 1-877-872-8288
COURRIEL : bbourdua@camcoop.com