Nº OPC : 304022

 6445 rue des Pins

Bécancour (Qc) G9H 3K9

Tél. 819-297-2911 poste 215 ou 214

coopsantestegertrude@gmail.com

Nº TPS: 852035351 RT0001

Nº TVQ : 1213238562

**N° DE CONTRAT** :

|  |
| --- |
|  |

**OBJET DU CONTRAT**

**Sur réception du paiement initial et à compter de la date de début indiquée au présent contrat d’abonnement, au** **gymnase de la Coop de Santé Ste-Gertrude (CES) permet à l’abonné de s’entraîner sous la supervision d’un professionnel, à moins que ce dernier juge que l'abonné peut s’entraîner lui-même de façon sécuritaire et autonome, sur les équipements en place à l’adresse du gymnase de la Coop de Santé Ste-Gertrude (CES). Dans ce dernier cas, l’abonné peut s’entraîner selon les heures d’ouverture en vigueur, en suivant les conseils du professionnel et les règlements du gymnase de la Coop de Santé Ste-Gertrude (CES).**

**INFORMATIONS DE L’ABONNÉ**

Membre de la Coop de Santé Ste-Gertrude-Gentilly: OUI  NON

Nom :

|  |
| --- |
|  |

Prénom :

|  |
| --- |
|  |

Adresse :

|  |
| --- |
|  |

Ville :

|  |
| --- |
|  |

Code postal :

|  |
| --- |
|  |

Téléphone Résidence :

|  |
| --- |
|  |

Téléphone Autre :

|  |
| --- |
|  |

Courriel :

|  |
| --- |
|  |

Date de naissance :

|  |
| --- |
|  |

**DÉTAILS D’ABONNEMENT**

Durée : 12 mois 6 mois 3mois 1mois

Date de début :

|  |
| --- |
|  |

Date de fin :

|  |
| --- |
|  |

Prix de l’abonnement (sans tx) :

|  |
| --- |
|  |

Prix de l’abonnement (avec tx) :

|  |
| --- |
|  |

Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de paiement :

|  |
| --- |
|  |

Prix par paiement (tx incluses) :

|  |
| --- |
|  |

**PAIEMENTS**

Date :

|  |
| --- |
|  |

Montant :

|  |
| --- |
|  |

Mode de paiement :

|  |
| --- |
| Crédit Débit Chèque Comptant DPA |

Nombre de versements :

|  |
| --- |
|  |

Pour les autres paiements, se référer à la facture.

**DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ**

L’abonné reconnaît que certains risques sont associés à sa participation à des activités d’entraînement. Ainsi, la Coopérative et ses représentants sont dégagés de toute cause d’action qui pourrait découler de la négligence de l’abonné.

L’abonné comprend que des installations sanitaires, un vestiaire et des casiers sont mis à sa disposition pour son confort uniquement. Il assume l’entière responsabilité en cas de vol, bris ou perte de ses effets personnels.

**HEURES D’OUVERTURE**

Les heures d’ouverture sont fixées par la Coopérative et sont modifiables par l’affichage d’un avis au centre d’entrainement.

**CARTE D’ACCES (PUCE)**

La carte d’acces (puce) est obligatoire pour entrer et sortir du centre d’entrainement. Elle est prêtée à l’abonné moyennant un dépôt de **20 $** qui lui est remis en échange de la puce à la fin de l’abonnement. En cas de perte, la Coopérative conserve le dépôt et remplace la carte moyennant un nouveau dépôt de **20 $**.

**RESPECT DES RÈGLEMENTS ET POLITIQUES**

L’abonné doit se conformer aux règlements et politiques du centre d’entrainement, incluant les principes d’hygiène et le respect des autres usagers et du personnel.

**RÉSILIATION**

Après le délai prévu à la Loi sur la protection du consommateur, l’abonné peut mettre fin à son abonnement avant la fin de celui-ci en signifiant son intention par écrit à la Coopérative. Dans ce cas, l’abonné paie la valeur de l’abonnement au prorata du temps écoulé depuis la date d’abonnement.

De plus, l’abonné paie une pénalité correspondant au nombre de semaines séparant la résiliation de la fin de l’abonnement, en incluant celle de la résiliation, multiplié par **50 %** du prix d’abonnement calculé à la semaine.

La Coopérative se réserve le droit de résilier l’abonnement pour un motif sérieux, tel que le défaut par l’abonné de respecter les règlements de la Coopérative ou d’effectuer un paiement.

**ANNULATION**

L’annulation, par l’abonné, d’une rencontre avec le professionnel se fait **24 heures** avant l’heure prévue du rendez-vous. L’abonné qui fait défaut de respecter ce délaiou qui ne se présente pas à l’heure prévue de son rendez-vous perd sa rencontre oubénéficie d’une rencontre réduite se terminant à l’heure prévue. De plus, laCoopérative se réserve le droit d’imposer des frais administratifs de **40 $** à l’abonné qui ne se présente pas à son rendez-vous et qui a fait défaut de l’annuler dans le délai prévu.

**MENTION EXIGÉE PAR LA LOI SUR LA PROTECTION DU CONSOMMATEUR**

(Contrat conclu par un commerçant exploitant un studio de santé)

Le consommateur peut résilier le présent contrat sans frais ni pénalité avant que le commerçant

N’ait commencé à exécuter son obligation principale en envoyant la formule ci-annexée ou un

autre avis écrit à cet effet au commerçant.

Si le commerçant a commencé à exécuter son obligation principale, le consommateur peut

résilier le présent contrat dans un délai égal à 1/10 de la durée prévue au présent contrat en

envoyant la formule ci-annexée ou un autre avis écrit à cet effet au commerçant. Ce délai a

comme point de départ le moment où le commerçant commence à exécuter son obligation

principale. Dans ce cas, le commerçant ne peut exiger au plus, du consommateur, que le

paiement d'un dixième du prix total prévu au contrat.

Le contrat est résilié, sans autre formalité, dès l'envoi de la formule ou de l'avis.

Dans les 10 jours qui suivent la résiliation du contrat, le commerçant doit restituer au

consommateur l'argent qu'il lui doit.

Le consommateur aura avantage à consulter les articles 197 à 205 de la Loi sur la protection du

consommateur (chapitre P-40.1) et, au besoin, à communiquer avec l'Office de la protection du

consommateur.

**SIGNATURES**

Signé à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du représentant de la Coopérative : \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de l’abonné : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| FORMULE DE RÉSILIATION  (LOI SUR LA PROTECTION DU CONSOMMATEUR, ART. 199)  À : Coopérative de santé de Ste-Gertrude Date : |
| 6445 rue des Pins, Bécancour (Qc) G9H 3K9  En vertu de l'article 204 de la Loi sur la protection du consommateur, je résilie le contrat nº Conclu le : À :  (Nom du consommateur) (Signature du consommateur) |
| (Adresse du consommateur) |