

## Adhésion

### Membre ACTIF/Consultatif

**Demande d'adhésion 1 = Membre Actif - Pour un professionnel de santé :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Profession / Fonction :** .....

**N° ADELI ou RPPS :** .....

**Demande d'adhésion 2 = Membre consultatif - Pour une commune ou communauté d'agglomération :**

**Communauté ou Commune :** .....

**Demande d'adhésion 3 = Membre consultatif - Pour une structure sanitaire, sociale ou médico-sociale :**

**Raison sociale :** .....

### **À compléter : commun aux 3 types de demandes d'adhésion :**

**Adresse postale :** .....

.....

**Téléphone :** ..... **Mail :** .....

Je soussigné(e), .....

Déclare solliciter mon adhésion à l'association, CPTS DE L'OUEST BRIARD.

Je déclare :

- Avoir reçu un exemplaire des statuts de l'association, dont j'ai pu prendre connaissance,
- M'engager à respecter toutes les obligations des membres de l'association qui y figurent,
- Avoir été également informé(e) des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du RGPD qui règlementent le droit de communication dans le fichier des membres de l'association des données personnelles me concernant.

Signature :

Date :

Merci de compléter ce formulaire d'adhésion et de l'adresser par mail à [cpts.ouestbriard@gmail.com](mailto:cpts.ouestbriard@gmail.com)

Le montant de la cotisation est de 15€ ; il est à effectuer par virement sur le compte de l'Association CPTS de l'OUEST BRIARD dont les coordonnées bancaires figurent ci-dessous. Préciser votre nom et prénom lors de l'opération afin d'identifier votre virement en tant que cotisation, s'il vous plaît. Votre adhésion prendra effet dès validation par le Bureau et vous recevrez alors votre attestation de cotisation pour l'année civile.

#### **Coordonnées bancaires de l'Association :**

Nom : CPTS DE L'OUEST BRIARD

IBAN : FR27 3000 2014 4100 0007 2118 C90

BIC : CRLYFRPP