

BULLETIN D'ADHESION à l'association CPTS Velay Sud

Association soumise à la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901 - N° SIREN : 919244863

A remplir par l'adhérent :

Nom :	Prénom :
Structure :	Profession :
FINESS /ADELI :	
Adresse Professionnelle :	
.....	
Code postal :	Ville :
Accès PMR : oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Téléphone Fixe :	Téléphone portable :
Mail :@.....	
Statut :	
<input type="checkbox"/> Exercice libéral isolé	<input type="checkbox"/> Exercice en établissement de santé
<input type="checkbox"/> Exercice libéral regroupé mono- professionnel	<input type="checkbox"/> Exercice en association :
<input type="checkbox"/> Exercice libéral regroupé pluri-professionnels	<input type="checkbox"/> Autre :
Langues parlées :	
Formations diplômantes (DU, éducation thérapeutique...) :	
.....	
Accepte la téléconsultation :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Accepte de nouveaux patients :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association CPTS Velay Sud.

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont consultables sur le site Internet de l'association.

J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Je demande mon adhésion à la CPTS Velay Sud et j'accepte de verser ma cotisation fixée à 20 € par chèque à retourner accompagnée du bulletin d'adhésion à l'adresse suivante :

CPTS Velay-Sud, 11 Boulevard Président Bertrand, 43000 Le Puy-en-Velay

Je prends note que ma demande d'adhésion sera validée selon les statuts de l'association ; un reçu de paiement de ma cotisation me sera transmis lorsque mon adhésion sera enregistrée.

Fait à, le/...../.....

Signature

(Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)