

BULLETIN D'ADHÉSION 2023

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Association soumise à la loi du 1^e juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.
À remplir par l'adhérent (exemplaire à conserver par l'association) :

Nom* : _____

Prénom : _____

Profession Libérale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Numéro ADELI : _____

Numéro RPPS : _____

Numéro FINESS** : _____

Cocher la case

- Collège N°1 - Acteurs de proximité et professionnels de santé structurés assurant des soins primaires (MSP, ESP ...)
- Collège N°2 - Professionnels de santé assurant des soins de premiers recours et des acteurs de soins (médecins, auxiliaires médicaux, sages-femmes, pharmaciens, psychologues, enseignants APA ...)
- Collège N°3 - Structures du sanitaire, du médico-social ou social, des réseaux de santé
- Collège N°4 - Etablissements de santé publics ou privés
- Collège N°5 - Usagers et représentants des usagers

Montant de l'Adhésion : 5 € / collège n°2. 20 € pour les collèges n°1/3/4. Par chèque ou virement.

ASSOC. CPTS DE BALAGNE. RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE. CRÉDIT AGRICOLE DE LA CORSE



Code banque : 12006

Code guichet : 00051

Numéro de compte : 82103637283

Clé : RIB 27

IBAN : FR76 1200 6000 5182 1036 3728 327

BIC : AGRIFRPP820

Fait à _____ Le ____ / ____ / ____

J'ai pris note des droits et des devoirs des membres
de l'association.

Signature

(faire précéder de la mention « lu et approuvé »)