



BULLETIN D'ADHÉSION

CPTS Sud Cornouaille

Rejoignez l'équipe de la CPTS

Nom Prénom

Téléphone Mail

Adresse professionnelle

Code postal Ville

Profession

Structure / Organisme

Je demande mon adhésion pour l'année 2023, à l'association **CPTS Sud Cornouaille**, pour le montant de **10 €***, en tant que membre du :

- Collège n° 1 : Collèges des professionnels libéraux reconnus au code de la santé publique (CSP)
- Collège n° 2 Collègues des professionnels de santé et acteurs de santé exerçant dans les établissements de santé, établissements médico-sociaux et sociaux ainsi que leurs représentants
- Collège 3 : Les professionnels et acteurs de santé libéraux hors CSP, les usagers et les associations d'usagers.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. Depuis la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez envoyer un courriel à cpst.sudcornouaille@gmail.com avec dans l'objet la mention « RGPD ».

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).

Je déclare avoir pris connaissance et approuve les statuts de l'association CPTS Sud Cornouaille

Le A

SIGNATURE

Je souhaite recevoir un reçu

* Règlement par chèque à l'ordre de la **CPTS Sud Cornouaille**