



BULLETIN D'ADHESION 202

Année à préciser

Nom/Prénom :

Profession :

Tél :

Adresse professionnelle :

Code Postal :

Ville :

Adresse mail :

@

N°RPPS :

N° ADELI :

N° SIRET :

Je consens au partage de mes données personnelles (nom, prénom, e-mail) avec le Comité Social et Economique, exclusivement dans le cadre de ses activités internes. ☐ OUI ☐ NON
Ces données **ne seront en aucun cas utilisées à des fins commerciales ou publicitaires.**

Exerçant comme **professionnel de santé libéral**, je souhaite adhérer comme membre actif à l'association « **CPTS Pays de Lérins** » dont j'ai pris connaissance des statuts et objets.

A ce titre, je règle aujourd'hui ma cotisation 202

- **10€** en retournant le **mandat SEPA pour un prélèvement et un renouvellement automatique** annuel de mon inscription par mail à cptspaysdelerins@gmail.com ou par courrier à "CPTS Pays de Lérins 84 rue d'Antibes 06400 Cannes"

- **20€** si je règle mon inscription par **CB** sur le site en ligne www.cptspaysdelerins.fr ou par **Chèque** en le retournant à "CPTS Pays de Lérins 84 rue d'Antibes 06400 Cannes".

Fait à

le :

/ /

Signature de L'adhérent

Cachet professionnel

