



## BULLETIN D'ADHÉSION

*Association soumise à la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et au décret du 16 août 1901*

NOM : ..... PRÉNOM : .....

RAISON SOCIALE (s'il y a lieu) : .....

ADRESSE : .....

.....

CP : ..... VILLE : .....

N° DE TÉLÉPHONE : .....

QUALITÉ : .....

ADRESSE E-MAIL : .....

**Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association « CPTS HCV ».**

**À ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont à disposition. Je m'engage également à respecter la confidentialité des informations concernant les patients ainsi que les règles de déontologie professionnelle.**

Fait à ..... le .....

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

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Conformément à la loi « informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous au secrétariat de l'association.*

**À retourner par e-mail à : [cpts.hcv@gmail.com](mailto:cpts.hcv@gmail.com)**

**Ou par courrier à : Association « CPTS HAUTE COMBRAILLE ET VOLCANS » -  
24 Avenue Gordon Bennett – 63 380 PONTAUMUR**