



BULLETIN D'ADHÉSION

Association soumise à la loi du 1^{er} 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

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