

# BULLETIN D'ADHESION ASSOCIATION CPTS ONDAINE-FOREZ

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse du lieu d'exercice :

N° ADELI / RPPS :

Téléphone :

Mail :

Adresse MSSanté :

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir membre de l'association CPTS Ondaine-Forez. A ce titre je déclare reconnaître l'objet de l'association et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association (conformément à la charte de l'association) et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Le montant de la cotisation annuelle est de 10€ au titre de l'année 2024, payable par chèque ou par virement (IBAN FR76 1027 8073 9600 0203 2810 178 CMCIFR2A)

Fait à :

Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :