|  |
| --- |
| **Bulletin d’adhésion****Association CPTS Nestes Pyrénées** **Adhérent personne physique** |
| ***Informations personnelles*** |  |
| Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Numéro de téléphone :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| ***Informations professionnelles*** |  |
| Profession :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Statut : [ ]  Libéral [ ]  Salarié |
| Raison sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | N° SIREN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Forme juridique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | N°ADELI/RPPS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Responsabilité hiérarchique/Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Rattachement à une maison mère/un groupe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Engagement de l’adhérent****En vertu du RGPD, je consens à la transmission des données renseignées dans ce formulaire à l’Assurance Maladie et à l’Agence Régionale de Santé, conformément aux dispositions prévues dans les ACI conclus par la CPTS Nestes Pyrénées*Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l’association CPTS Nestes Pyrénées.Sauf opposition explicite de ma part, l’ adhésion sera automatiquement reconduite à l’issue de chaque période d’adhésion pour une durée identique, selon les conditions en vigueur, sans nécessiter de nouvelle formalité.***Mention d’information****Droit d’accès et de rectification : vous pouvez, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), en vigueur depuis le 25/05/2018, avoir accès aux données vous concernant ; vous pouvez demander leur rectification et leur suppression. Ces démarches s’effectuent auprès de la coordinatrice Elodie Lemaire, cpts.nestes.pyrenees@gmail.com*A ce titre, je déclare reconnaître l’objet de l’association, et avoir accepté le règlement intérieur. J’ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l’association.Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Signature : |
|  |
|  |
| **Bulletin d’adhésion****Association CPTS Nestes Pyrénées****Adhérent personne morale** |
| ***Informations générales :*** |  |
| Raison sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | N° SIREN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° SIRET : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Forme juridique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Site web : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Rattachement à une maison mère/un groupe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Représentant :*** |
| Qualité :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Joindre à la demande d’adhésion : [ ]  Les statuts / Kbis[ ]  Le pouvoir en cas de délégation |
| Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Responsabilité hiérarchique/Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Engagement de l’adhérent****En vertu du RGPD, je consens à la transmission des données renseignées dans ce formulaire à l’Assurance Maladie et à l’Agence Régionale de Santé, conformément aux dispositions prévues dans les ACI conclus par la CPTS Nestes Pyrénées* Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l’association CPTS Nestes Pyrénées.Sauf opposition explicite de ma part, l’adhésion sera automatiquement reconduite à l’issue de chaque période d’adhésion pour une durée identique, selon les conditions en vigueur, sans nécessiter de nouvelle formalité.***Mention d’information****Droit d’accès et de rectification : vous pouvez, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), en vigueur depuis le 25/05/2018, avoir accès aux données vous concernant ; vous pouvez demander leur rectification et leur suppression. Ces démarches s’effectuent auprès de la coordinatrice Elodie Lemaire, cpts.nestes.pyrenees@gmail.com*A ce titre, je déclare reconnaître l’objet de l’association, et avoir accepté le règlement intérieur. J’ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l’association. Nom et prénom du Signataire : Signature :Fait à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ |
|  |