



CPTS
SUD CHER

Bulletin d'adhésion : Membre associé de la CPTS Sud Cher

Bulletin à retourner signé par mail à coordination@cptssudcher.fr ou par voie postale CPTS SUD CHER- 34 place du marché 18200 Saint Amand Montrond

Vous êtes :

- ☐ Un professionnel intervenant dans le champ de la santé (psychologue, ostéopathe, chiropracteur ...)
- ☐ Un professionnel de santé salarié
- ☐ Un professionnel du secteur social ou médico-social

Nom :

Prénom :

Profession :

N° RPPS :

N° ADELI :

N° SIRET :

Adresse postale (professionnelle):

Code postal :

Ville :

Lieu(x) d'exercice :

Email :

Numéro de téléphone :

Quelle est votre adresse de messagerie sécurisée de santé ?

- Mailiz (ou MSSanté) :
- Apicrypt :
- Autre :

Mention RGPD

Les données suivantes sont recueillies avec votre accord : Nom, prénom, adresse mail, adresse postale.

Finalités du traitement : ces données sont recueillies en vue de tenir à jour notre fichier d'adhérents. En aucun cas ces données ne seront cédées ou vendues à des tiers. Seule la Caisse Primaire d'Assurance Maladie aura accès à la liste des adhérents de la CPTS (uniquement nom et prénom communiqués).

Responsable du traitement : le coordinateur de la CPTS.

Destinataire des données : le coordinateur de la CPTS a accès à vos données dans le cadre de ses missions.

Les membres du Conseil d'Administration ont accès à la liste des adhérents.

Droit d'accès et de rectification : vous pouvez, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles, 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 du coordinateur de la CPTS.

Conservation des données : les données sont conservées jusqu'à un an après la fin de votre adhésion.

Acceptez-vous que vos données personnelles soient recueillies et conservées en vue de tenir à jour notre fichier adhérent (merci d'entourer la case oui ou non)

Oui Non

- **Acceptez-vous de rejoindre la communauté WhatsApp de la CPTS Sud Cher ?**

- Oui : numéro à intégrer : _____
- Non

- Il peut arriver que la CPAM du Cher nous demande la liste des adhérents de la CPTS (nom, prénom, profession), notamment afin de justifier du nombre d'adhérents.

Merci d'indiquer votre accord pour la transmission de ces informations si nécessaire :

- ☐ Oui, j'accepte la transmission de mes informations à la CPAM du Cher.
☐ Non, je m'y oppose.

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association CPTS Sud Cher et m'acquitter de la cotisation de 5€ par chèque à l'ordre de la CPTS Sud Cher ou par virement bancaire via HelloAsso :



Le chèque est à renvoyer au siège de la CPTS : 34 place du marché, 18200 Saint-Amand-Montrond.

Mon adhésion sera reconduite tacitement d'une année à l'autre.

*La cotisation de 5€ sera demandée **une seule et unique fois** lors de la 1ère adhésion.*

Si je ne souhaite plus adhérer à la CPTS, je signifierai ma décision en envoyant un courrier à l'attention de Mme GAMBADE Karine, Présidente de l'association Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) SUD CHER

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts qui ont été mis à ma disposition. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association.

Fait à _____, le _____

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