Bulletin d'adhésion
Appel à cotisation

Coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone professionnel :

Téléphone portable :

Email :

N° RPPS : N°FINESS :

Possédez-vous un moyen de prise de rendez-vous en ligne ?

☐Oui ☐Non

Si oui, lequel ?

Autorisez-vous la diffusion de vos coordonnées professionnelles sur notre site internet ?

☐Oui ☐Non

Bulletin d'adhésion
Appel à cotisation

Activité professionnelle :

Profession :

Secteur d'activité :

☐Libéral :
- ☐Seul
- ☐en groupe
- ☐ESP
- ☐MSP

☐Mixte
- Lieu d'exercice :

☐Salarié
- Lieu d'exercice :

Pour les médecins, indiquez si vous avez une capacité à accepter de nouveaux patients : ☐Oui ☐Non

Faites-vous du domicile : ☐Oui ☐Non

Faites-vous de la téléconsultation ou téléexpertise ? ☐Oui ☐Non

Compétences/appétences particulières (ETP, DU, DIU, formation, …) :

☐Je souhaite adhérer à la CPTS SUD ARTOIS et règle ma cotisation annuelle de 10€

Fait le à

Signature

Tampon :

Ce bulletin ainsi que la cotisation sont à renvoyer à : 43 rue de Bapaume 62159 Vaulx-Vraucourt

PROCTECTION DES DONNEES : J'accepte que les données à caractère personnel ci-dessus soient recueillies dans le seul but d'une meilleure coordination entre les membres ; échangées au sein de la structure pour le bon fonctionnement de celle-ci ; je bénéficie d'un droit de regard et de modification sur ces données dans le respect du RGPD ; ces données ne seront pas utilisées à des fins de prospection, ni de démarches, ni vendues.

Ces données seront conservées pendant toute la durée de mon adhésion et archivées selon la réglementation.
Par ailleurs, j'accepte de recevoir toutes les informations utiles à l'objet de la CPTS.