



CLAPS/CPTS HEGO LAPURDI

Association soumise à la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901

Tour Olano Centre d'Affaires

137 avenue de Jalday 64500 SAINT JEAN DE LUZ

06 95 91 30 28/ /contact@hegolapurdi.fr

Siret: 90154266200019

BULLETIN D'ADHÉSION

A remplir par l'adhérent (exemplaire à conserver par l'association)

Nom/Prénom: OU Structure:

Date de naissance :/...../..... Raison sociale :

Profession : Forme juridique :

PS (professionnel de santé) libéral PS libéral remplaçant PS Salarié PS Retraité

Compétences (DU/spécialités) :

N°RPPS : N°SIREN :

Adresse pro :

Ville : Mail sécurisé :

Tél perso : Mail perso :

Tél pro: Mail pro :

Nom/Pseudo Compte Facebook : Nom/Pseudo Compte Linkedin:.....

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association **CLAPS Hego Lapurdi** support juridique de la **CPTS Hego Lapurdi**.

J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association (statuts,règlement intérieur et chartes).

J'accepte de verser ma cotisation due pour le projet de santé en cours .

Le montant de la cotisation minimale est fixé à 30€ pour la durée du Projet de Santé, jusqu'au 31/12/2027 (payable par chèque ou virement). **La cotisation est non obligatoire pour les professionnels de santé salariés, retraités ou remplaçants, ainsi que certaines associations loi 1901 à but non lucratif**, mais elle est possible si vous le souhaitez.

Un reçu vous sera adressé dès la réception du règlement.

Cette adhésion est volontaire et libre, chacun est libre de se retirer à tout moment de l'association en le signalant par mail. Elle sera définitive à la suite de la validation par le Conseil d'Administration.

Je m'engage à signaler toutes modifications dans les données recueillies.

J'atteste sur l'honneur être couvert au titre de ma responsabilité civile professionnelle **OUI** **NON**

J'accepte que mes données personnelles soient recueillies et conservées en vue de tenir à jour le fichier adhérent, et utilisées par la CPTS dans le cadre de ses missions : **OUI** **NON**

J'accepte que mes données soient transmises aux partenaires de la CPTS : **OUI** **NON**

J'accepte que mes données soient transmises aux adhérents de la CPTS : **OUI** **NON**

Je souhaite recevoir des informations (réunions, comptes-rendus, formations...) : **OUI** **NON**

J'autorise les prises de photos/vidéos et leur diffusion sous toute forme à des fin représentatives de la CPTS Hego Lapurdi) : **OUI** **NON**

Fait à

le

SIGNATURE : (précédé de "lu et approuvé")