

\*Obligatoire

## BULLETIN D'ADHÉSION

Prénom\*

Nom\*

Adresse email\*

Numéro ADELI et/ou RPPS\*

Numéro de téléphone\*

Votre profession\*

Votre structure\*

Adresse postale\*

Je déclare par la présente adhérer à l'association CPTS Mossig et Vignoble au sein du collège\* :

**Collège 1** : Des professionnels de santé installés sur le territoire de la CPTS

**Collège 2** : Des structures sanitaires, médico-sociales et sociales, implantés sur le territoire de la CPTS ou impliqués dans la prise en charge des habitants de ce territoire

*Le collège comprend le représentant légal ou la personne qu'il désigne de chaque structure, le cas échéant disposant d'un identifiant FINESS*

**Collège 3** : Des représentants de la population et des usagers de santé

*Collectivités territoriales, groupements de collectivités territoriales et représentants d'usagers (associations d'usagers, collectifs d'associations d'usagers et associations dont l'objet inclut le soutien aux usagers)*

Je déclare par la présente mon intention de présenter ma candidature au Conseil d'administration.

### Recueil du consentement

**J'ai lu, compris et accepte** la politique de protection des données personnelles de la CPTS Mossig et Vignoble concernant la collecte et l'utilisation de mes informations personnelles\*.

**J'accepte** de recevoir par mail toutes les informations, les actions en cours, les prochaines réunions et les actualités de la CPTS Mossig et Vignoble et comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment en utilisant le lien de désinscription fourni dans chaque communication que je reçois\*.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature :