



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

BULLETIN D'ADHESION 2023

Nom : Prénom :
Profession : N°RPPS/Adeli :
Exercice : libéral et/ou salarié Structure(s) :
Adresse d'exercice :
Code postal : Ville :
Téléphone :
E-mail :

Je souhaite par la présente devenir membre de l'association :

CPTS RoViRa (Rosny sous Bois-Villemomble-Le Raincy)

A ce titre, je déclare :

- Connaître l'objet de l'association et avoir pris connaissance du projet de santé
- Accepter les statuts (ainsi que le règlement intérieur) qui sont mis à ma disposition sur demande, - Accepter de verser ma cotisation due pour l'année en cours,
- Donner mon consentement au recueil et au traitement des données me concernant, et accepter que ces informations soient transmises aux instances et/ou partenaires de la CPTS dans le cadre de l'application de ses missions.
- M'engager à

- o Participer aux missions de la CPTS à hauteur de mes capacités.

- o Respecter la confidentialité des informations concernant les patients et les règles de déontologie professionnelles.

- o Respecter la propriété des documentations communiquées par la CPTS RoViRa

Je n'autorise pas la CPTS RoViRa, à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies, vidéos ou captations numériques, me concernant.

Pour valider mon inscription, je fournis les documents suivants :

- Le présent bulletin d'adhésion complété,
- Le montant de la cotisation de 10 euros, payable par :

Chèque ou virement bancaire effectué le (coordonnées bancaires en p2)

Fait à

le

Signature (précédée de la mention " Lu et approuvé")

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, la CPTS RoViRa s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes externes à la CPTS RoViRa, conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD 2018) sur la protection des données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant. Ce droit est renforcé par le Règlement général sur la protection des données (RGPD) qui est entré en application en mai 2018

Pour l'exercer, adressez-vous à l'association mhadji@esoxgestion.com

															
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE															
Identifiant national de compte bancaire - RIB															
<table border="1"><tr><th>Banque</th><th>Guichet</th><th>N° compte</th><th>Clé</th><th>Devise</th></tr><tr><td>30087</td><td>33818</td><td>00020961901</td><td>58</td><td>EUR</td></tr></table>	Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise	30087	33818	00020961901	58	EUR	Domiciliation CIC CHAMPS SUR MARNE				
Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise											
30087	33818	00020961901	58	EUR											
Identifiant international de compte bancaire															
<table border="1"><tr><th colspan="7">IBAN (International Bank Account Number)</th></tr><tr><td>FR76</td><td>3008</td><td>7338</td><td>1800</td><td>0209</td><td>6190</td><td>158</td></tr></table>	IBAN (International Bank Account Number)							FR76	3008	7338	1800	0209	6190	158	BIC (Bank Identifier Code) CMCIFRPP
IBAN (International Bank Account Number)															
FR76	3008	7338	1800	0209	6190	158									
Domiciliation CIC CHAMPS SUR MARNE CC CARREFOUR AVENUE DES PYRAMIDES 77420 CHAMPS SUR MARNE ☎ 01 64 11 25 99	Titulaire du compte (Account Owner) ASSOCIATION DE LA COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SAN 25 AVENUE DU RAINCY 93250 VILLEMOMBLE														
Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.	PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ														