

## Rejoignez l'équipe de la CPTS

### Vos informations

Nom	:	<input type="text"/>
Prénom	:	<input type="text"/>
Email	:	<input type="text"/>
Téléphone	:	<input type="text"/>
Adresse pro	:	<input type="text"/>
Code Postal	:	<input type="text"/>
Ville	:	<input type="text"/>
Profession	:	<input type="text"/>
Structure	:	<input type="text"/>

---

### Type d'adhésion

\* Règlement en espèces ou par chèque à l'ordre de la CPTS Pays de Fougères

- |  |     |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> <b>Collège 1</b> : Professionnels de santé libéraux (N°ADELI ou RPPS)   | 20€ |
| <input type="checkbox"/> <b>Collège 2</b> : Représentants établissements de santé  | 60€ |
| <input type="checkbox"/> <b>Collège 3</b> : Représentants établissements sociaux et médico-sociaux, représentants des usagers et usagers | 60€ |
| <input type="checkbox"/> <b>Collège 4</b> : Professionnels du soin non conventionné  | 20€ |

☐ Je déclare avoir pris connaissance et approuve les statuts de l'association CPTS Pays de Fougères

☐ Je souhaite recevoir un reçu

Fait à :

le :

Signature :

### Conditions d'utilisation

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. Depuis la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez envoyer un courriel à [cptspaysdefougères@gmail.com](mailto:cptspaysdefougères@gmail.com) avec dans l'objet la mention « RGPD ».*

*Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).*