

Coordonnées

Nom

:

Prénom

:

Profession

:

Structure

:

Lieu d'exercice

:

Compétence(s)
spécifiques (DU)

:

N° ADELI ou SIRET

:

Téléphone mobile

:

Adresse e-mail

:

Engagements

- ☐ Je déclare avoir reçu un exemplaire des statuts de l'association, dont j'ai pu prendre connaissance. Je déclare m'engager à respecter les obligations des membres de l'association qui y figurent.
- ☐ J'accepte que mes coordonnées soit utilisées dans le cadre de la communication au sein de la CPTS.

Fait à

Signature