

BULLETIN D'ADHESION à l'association CPTS Velay Sud

Année 2026

N° SIREN : 919244863

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

A A remplir par l'adhérent :



Nom : **Prénom :**

Profession :

FINESS / ADELI.....

Adresse Professionnelle.....

Code postal : **Ville** :

Accès PMR : oui non

Téléphone Fixe : **Téléphone portable** :

E mail :@.....

Statut : **Professionnel de santé en exercice libéral isolé**

- Professionnel de santé en exercice libéral regroupé mono- professionnel**
- Professionnel de santé en exercice libéral regroupé pluri- professionnels**
- Professionnel de santé exerçant dans un établissement de santé**
- Autre :**

Langues parlées :

Formations diplômantes (DU, éducation thérapeutique...) :

Accepte la téléconsultation : **oui** **non**

Accepte de nouveaux patients : **oui** **non**

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association CPTS Velay Sud

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition à la demande. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Je demande mon adhésion à la CPTS Velay Sud, j'accepte de verser ma cotisation fixée à 20€ par chèque à retourner à la trésorière accompagnée du bulletin d'adhésion à l'adresse suivante :

CPTS Velay-Sud, 11 Boulevard Président Bertrand, 43000 Le Puy-en-Velay

Je prends note que ma demande d'adhésion sera validée selon les statuts de l'association.

Je recevrai un reçu de paiement de ma cotisation lorsque mon adhésion sera enregistrée.

Fait à.....,
le...../...../.....

Signature (Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)