

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : / /

Profession :

ADELI :

RPPS :

Structure, établissement, association :

.....

Adresse professionnelle :

Code Postal : **Commune** :

Tél. mobile : **Tél fixe** :

E-mail : @

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir membre adhérent(e) de l'**association CPTS de Montauban**.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif.

Fait à le / /

Signature du membre

Précédée de la mention "Lu et approuvé"

