BULLETIN D'ADHÉSION

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*"

Association régie par la loi 1901
RNA : W822008663
SIREN : 894 841 998
APE : 9412Z

1A Rue Voltaire – 82000 Montauban
Tél. : 05 18 22 28 97
cpts.montauban.82@gmail.com
www.cpts-montauban.org