

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Profession : .....

ADELI : ..... RPPS : .....

Adresse professionnelle : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Tél. mobile : ..... Tél fixe : .....

E-mail : .....

Si je dispose d'une messagerie sécurisée, je précise laquelle :

.....

## Consentement et déclaration

En adhérant à la CPTS :

☒ Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts, du règlement intérieur et en accepter les termes.

☒ J'accepte que mon nom-prénom et mon RPPS soient transmis à la CPAM conformément aux dispositions prévues dans les ACI conclus par la CPTS de Montauban.

☒ Je bénéficie d'un droit de regard et de rectification sur ces données, dans le respect du RGPD ; Mes données ne seront pas utilisées à des fins de prospection ni de démarchage, ni ne seront revendues.

☒ J'accepte de recevoir toutes les informations utiles à l'objet de la CPTS.

☒ J'accepte que les photos prises dans le cadre des actions de la CPTS puissent être utilisées pour sa communication. Dans le cas contraire j'en informe la CPTS.

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

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Signature du membre adhérent**

**(Précédée de la mention "Lu et approuvé")**