



BULLETIN D'ADHÉSION 2026 - FORMULAIRE PAPIER

PERSONNE MORALE - *Toutes les informations sont obligatoires :

Raison sociale ou nom de la structure* :

.....

SIRET éventuel* : Non concerné

Adresse de la structure* :

Téléphone fixe de la structure* :

Adresse e-mail de la structure* :

Informations des représentant.e.s auprès de la CPTS

PERSONNE TITULAIRE :

Nom* : Prénom* :

.....

Fonction* :

Téléphone portable* :

Adresse e-mail* :

Numéro RPPS* : ET/OU Numéro ADELI* :

.....

Usage de MonSisra*: OUI NON

Inscription à la Newsletter CPTS par e-mail*: OUI NON

J'accepte que les informations fournies dans le cadre de mon adhésion soient transmises aux institutions porteuses des ACI de la CPTS, à savoir la CPAM du Rhône et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, dans le cadre de l'application des missions de la CPTS* (*ACI = Accord Conventionnel Interprofessionnel, accord de déploiement du projet santé sur la commune de Vaulx-en-Velin*).

OUI NON

SUPPLÉANT.E :

Nom* : Prénom* :

Fonction* :

Téléphone portable* :

Adresse e-mail* :

Numéro RPPS* : ET/OU Numéro ADELI* :

.....

Usage de MonSisra*: OUI NON

Inscription à la Newsletter CPTS par e-mail*: OUI NON

J'accepte que les informations fournies dans le cadre de mon adhésion soient transmises aux institutions porteuses des ACI de la CPTS, à savoir la CPAM du Rhône et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, dans le cadre de l'application des missions de la CPTS* (*ACI = Accord Conventionnel Interprofessionnel, accord de déploiement du projet santé sur la commune de Vaulx-en-Velin*).

OUI NON

Cotisation de 30 € réglée par*: Chèque OU Virement (rayer la mention inutile)

***Toutes les informations sont obligatoires.**

Pour le virement, vous trouverez les informations bancaires suivantes :

IBAN : **FR76 1027 8073 4400 0201 0990 129** (attention, nouveau RIB depuis mai 2025)

Banque : Crédit Mutuel Vaulx-en-Velin, Nom du titulaire : SPVV

Merci de nommer le virement comme tel : *Adhésion 2026 Nom d'institution*

⚠ Merci d'ajouter des espaces dans votre libellé !

Pour les transmissions de chèque par voie postale, veuillez envoyer votre courrier à l'adresse suivante :

**CPTS SPVV – Soins pluriprofessionnels à Vaulx-en-Velin,
2 rue Stalingrad, 69120 Vaulx-en-Velin, bâtiment B1, 1er étage**

Date : / / 2026

L'adhérent.e déclare avoir pris connaissance de l'objet de l'association et de ses statuts en vigueur au moment de l'adhésion. Il/elle s'engage également à prendre connaissance de tout règlement intérieur ou autre document adopté par l'association après son adhésion, et à en respecter les dispositions.

Signature (incluant nom, prénom, fonction du signataire) :

Je déclare avoir été informé des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 qui réglemente le droit de communication dans le fichier des membres de l'association des données personnelles me concernant.

Droit d'accès et de rectification : vous pouvez, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), en vigueur depuis le 25/05/2018, avoir accès aux données vous concernant ; vous pouvez demander leur rectification et leur suppression. Ces démarches s'effectuent auprès de Mme BERRAKMOUCH Khamsa, coordinatrice CPTS, joignable à l'adresse e-mail suivante : cpts.coordination69120@gmail.com ou par téléphone au 07.65.87.92.73.

Finalités du traitement : ces données sont recueillies en vue de tenir à jour notre fichier d'adhérents, d'établir des statistiques à des fins administratives, constituer un annuaire des professionnels de santé (exclusivement à usage interne de la CPTS et non destiné à être diffusé) et si vous le souhaitez (c'est-à-dire, si vous avez coché la case l'acceptant), recevoir notre newsletter ; en aucun cas ces données ne seront cédées ou vendues à des tiers.

