



BULLETIN D'ADHÉSION 2025 - 2026 CPTS EST LA RÉUNION

Nom :

Prénom :

Téléphone (portable de préférence) :

E-mail :@.....

Profession:

N° URPS/ ADELI:

Adresse d'exercice :

Commune : Code Postal :

Montant de la cotisation : **20 €**

Date de versement de la cotisation : / /

type de paiement

☐ Espèces

☐ Chèque

☐ Virement bancaire, coordonnées bancaires BRED:

IBAN: FR76 1010 7004 9300 6390 5170 656

BIC: BREDFRPPXXX

Je déclare, par la présente, souhaitez devenir adhérent(e) de l'association **CPTS EST LA RÉUNION**

Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts ainsi que du règlement intérieur.

Je prends note de mes droits et devoirs en tant que membre de l'association et accepte de verser la cotisation d'un montant de **20** euros demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à, le / /

Signature du membre

(précédé de la mention "Lu et approuvé")

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de l'Est de la Réunion
500 Chemin Lefaguyes; 97440 St André