

**NOM :**

**Prénom :**

**Profession :**

Pour les médecins, indiquez la spécialité :

**N° RPPS ou ADELI**

Adresse postale du cabinet :

Lieu(x) d'exercice :

**Mail sur lequel vous souhaitez être contacté :**

Avez-vous une messagerie sécurisée    oui    non

Si oui, laquelle :

**Téléphone portable :**

**Téléphone fixe :**

Montant de la cotisation : 10 €

Mode de règlement :    Virement\_\_    Chèque

IBAN : FR76 1610 6006 3696 0208 2090 744

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de la Communauté Professionnelle Territoriale de Moselle et Madon. A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

*Conformément au Règlement Européen Général sur la Protection des Données (RGPD) qui est entré en vigueur le 25 mai 2018, nous vous informons que vos données personnelles collectées au cours du processus d'adhésion ne seront en aucun cas délivrées à des tiers. L'utilisation de vos données personnelles est destinée à la gestion interne de l'association (tenue du fichier des adhérents, Création d'un annuaire consultable sur le site internet pour les professionnels de santé adhérents de la CPTS, établissement de statistiques pour des besoins de gestion, envoi de newsletters, convocation ou toute autre action de communication auprès des membres l'association). Ces données seront conservées jusqu'à un an après la fin de votre adhésion. En validant ces conditions générales, vous êtes en accord avec cette utilisation de vos données personnelles.*

*Droit d'accès et de rectification : pour avoir accès aux données vous concernant ; vous pouvez demander leur rectification ou leur suppression en nous écrivant à l'adresse :*

[cpts.moselle-madon@sante-lorraine.fr](mailto:cpts.moselle-madon@sante-lorraine.fr)