



Adhésion 2024 CPTS ITINÉRAIRE SANTÉ

Association soumise à la Loi 1901 et au décret du 16 Août 1901

NOM:

PRÉNOM:

PROFESSION:

STATUT:

ADRESSE PROFESSIONNELLE:

CODE POSTAL:

VILLE:

TÉLÉPHONE:

MAIL:

ADELI/RPPS:

Je déclare par la présente, souhaiter devenir membre de l'association Itinéraire Santé.

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 note des droits et des devoirs des membres de l'association et j'accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours. Le montant de la cotisation est de **35 euros**.

Payable en espèces ou en chèque à l'ordre d' Itinéraire Santé

Fait à Marseille, le:

Signature

(précédée de la mention lue et approuvée)