**BULLETIN Adhésion**

**CPTS PLATEAU Est 76**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Profession : |
| Entreprise ou association : | |
| Adresse : | |
| СР : | Ville : |
| Téléphone : | |
| Email : | |

J'adhère à la CPTS du Plateau Est

Je souhaite participer aux groupes de travail sur les différents axes et me tenir informer de l'avancement du projet.

J'accepte que mes coordonnées soient diffusées dans l'annuaire des professionnels de santé de la CPTS.

*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 cptsplateauest@gmail.com*