**BULLETIN D’ADHESION 2022**

|  |
| --- |
| Nom/Prénom :Profession :Tél :Adresse professionnelle :Code Postal : Ville : Adresse mail : @N°RPPS :N° ADELI :N° SIRET :N° ADHERENT : (relevé à l’inscription)  |

Exerçant comme **professionnel de santé libéral**, je souhaite adhérer comme membre actif à l’association « **CPTS Pays de Lérins** » dont j’ai pris connaissance des statuts et objets.

A ce titre, je règle aujourd’hui ma cotisation 2022 :

- **10€** en retournant le **mandat SEPA pour un prélèvement et un renouvellement automatique** annuel de mon inscription.

- **20€** si je règle mon inscription par **CB ou** **Chèque**, en le retournant à :

*« CPTS Pays de Lérins au 84 rue d’Antibes 06400 Cannes »*

**Fait à le : / /**

**Signature de L’adhérent Cachet professionnel**