

## Bulletin d'adhésion 2024

La CPTS Pôle Santé Champsaur Valgaudemar rassemble les professionnels et acteurs de santé du territoire qui souhaitent travailler ensemble au service de la santé des citoyens.

### La CPTS s'engage à :

- **soutenir les professionnels** de santé souhaitant travailler en exercice coordonné et les accompagner dans leurs projets ;
- **favoriser les échanges** et la communication entre professionnels libéraux et établissements ou services locaux (médicosociaux, sociaux) ;
- **développer l'offre de prévention**, d'éducation thérapeutique et de sport santé pour les patients ;
- **diffuser les actualités** santé du territoire via sa newsletter et son site internet.

### En adhérant, je m'engage à :

- **contribuer aux missions** socles de la CPTS : favoriser l'accès aux soins (accès à un médecin traitant et aux soins non programmés), organiser la coordination pluriprofessionnelle pour faciliter le parcours de soin des patients, développer des actions de prévention ;
- **relayer auprès de mes patients**, ou usagers, les actions proposées par la CPTS ;
- **permettre la mise à jour** annuelle de l'annuaire des acteurs de santé locaux par la CPTS.

### Vous souhaitez nous rejoindre ?

Renvoyez-nous votre bulletin d'adhésion par courrier postal ou par mail à l'adresse suivante : [gestion@pscv.fr](mailto:gestion@pscv.fr)

#### ✓ Je suis un professionnel de santé libéral :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Spécialités ou formations spécifiques : \_\_\_\_\_

Nom de la structure d'exercice : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone (Diffusion grand public) : \_\_\_\_\_

Téléphone (Diffusion aux adhérents de la CPTS) : \_\_\_\_\_

Courriel (Diffusion aux adhérents de la CPTS) : \_\_\_\_\_

**N° ADELI** : \_\_\_\_\_ **N° RPPS** : \_\_\_\_\_

#### ✓ Je représente une personne morale :

Nom de la structure : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° FINESS : \_\_\_\_\_

Nom de la personne référente pour la CPTS : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

#### ✓ Règlement de l'adhésion : 30€ par Chèque : ou Virement :

Code étab	Code guichet	Numéro compte	Clé Rib	IBAN	BIC/SWIFT
11306	62	7330260000	68	FR76 1130 6000 6207 3302 6000 068	AGRIFRPP813

L'adhésion vaut pour acceptation du règlement intérieur, disponible par envoi mail sur demande.

**L'adhésion comprend** : - l'inscription sur la newsletter de la CPTS. Si je ne souhaite pas la recevoir, je coche :

- l'inscription dans l'annuaire des professionnels de santé locaux sur le site internet. Si je ne souhaite pas y figurer, je coche :

**Les informations sur l'identité des adhérents** sont susceptibles d'être transmises à la caisse d'assurance maladie

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :