

Bulletin d'adhésion 2025

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 ;
- inviter ses adhérents à participer à ses groupes de travail, rencontres, soirées interprofessionnelles...

En adhérant, je m'engage à :

- contribuer aux missions socles de la CPTS : favoriser l'accès aux soins (notamment l'accès à un médecin traitant et aux soins non programmés), participer à la coordination pluriprofessionnelle pour faciliter le parcours de soin des patients, développer des actions de prévention, participer à la gestion de situation sanitaire exceptionnelle ;
- 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 et partager mes coordonnées avec les autres adhérents.

Vous souhaitez nous rejoindre ?

Renvoyez-nous votre bulletin d'adhésion par courrier postal ou par mail à l'adresse suivante : 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) : _____

Diffusion aux adhérents de la CPTS :

Tél : _____ Mail : _____

Adresse MS Santé : _____

Utilisateur Azurezo : Oui Non

Utilisateur Omnidoc : Oui Non

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 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 l'Assurance Maladie.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :