

## Bulletin d'adhésion 2026

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 sociales 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@pscav.fr](mailto:gestion@pscav.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 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 :