



CPTS CAEN COURONNE

COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE
TERRITORIALE DE SANTÉ

Bulletin d'adhésion à la CPTS pour les professionnels de santé

PREAMBULE

La loi de modernisation du système de santé du 21 janvier 2016 a créé les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé pour permettre aux professionnels de santé, qu'ils soient installés en libéral ou à l'hôpital, de s'organiser différemment et de travailler collectivement. Le projet national « Ma santé 2022 » souligne que l'exercice isolé doit devenir l'exception et que les soins de proximité de demain appellent à un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé et une cohésion avec les acteurs médico-sociaux.

L'ADHESION EST VOLONTAIRE, LIBRE ET GRATUITE

Elle est formalisée par le bulletin individuel d'adhésion. Chacun est libre de se retirer à tout moment de l'association en l'indiquant par mail à cpts.caencouronne@gmail.com

Retrouver la Charte d'adhésion à la CPTS Caen-Couronne sur le site internet.

VOS COORDONNÉES

NOM :

Prénom :

COLLÈGES

A quel collège d'adhérent appartenez-vous?

- Collège des professionnels de santé (à titre individuel libéraux ou exerçant en établissement)
- Collège des structures médico-sociales
- Collège des personnes qualifiées

Professionnels de santé

Vous êtes professionnels de santé, vous exercez en ville ou en établissement de santé, et vous adhérez à titre individuel.

Profession (spécialité si applicable) :

Votre numéro ADELI :

Vous exercez :

- En libéral, seul
- En libéral, en cabinet regroupé de ville
- En libéral en maison ou pôle de santé
- En libéral en établissement de santé
- Salarié en établissement de santé
- Salarié en centre de santé
- Salarié en structure médicosociale
- Autre :
-

Commune d'exercice :

- Authie
- Bretteville-sur-Odon
- Caen
- Carpiquet
- Cormelles-le-Royal
- Épron
- Fleury-sur-Orne
- Hérouville-Saint-Clair
- Ifs
- Louvigny
- Mondeville
- Saint-Contest
- Saint-Germain-la-Blanche-Herbe

Vos coordonnées

Adresse e-mail :

Numéro de téléphone “portable” :

Numéro de téléphone “fixe” :

Adresse postale du lieu d'exercice :

.....

Je m'engage à signaler toute modification dans les données recueillies :

Oui

Non

J'accepte que mes données personnelles soient recueillies et conservées en vue de tenir à jour le fichier adhérent, et utilisées par la CPTS dans le cadre de ses missions :

Oui

Non

Je souhaite recevoir les Newsletters et notes d'information (réunions, formations...) :

Oui

Non