



BULLETIN D'ADHÉSION FCPTS

Association soumise à la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901

Bulletin à renvoyer par mail à : coordination@fcpts.org

Règlement par virement bancaire

A remplir par l'adhérent (exemplaire à conserver par l'association) :

Nom - prénom	
Adresse	
Téléphone	
Email Obligatoire	
Structure	
Date du virement bancaire	

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de la FCPTS.

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de la FCPTS, et en avoir accepté les statuts.

J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Montant des cotisations


Adhésion individuelle	50€
Structure moins 40 000 habitants	500€
Structure entre 40 et 80 000 habitants	600€
Structure entre 80 et 175 000 habitants	750€
Structure plus de 175 000 habitants	900€

**Pour toutes adhésions « Structures »
merci de remplir le verso de ce bulletin**

Fait à....., le.....

Signature (Faire précéder de la mention "Lu et approuvé")

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous au secrétariat de l'association.

 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE						
Identifiant national de compte bancaire - RIB						
Banque 30066	Guichet 10521	N° compte 00020268101	Clé 22	Devise EUR	Domiciliation CIC PARIS PELLEPORT	
Identifiant international de compte bancaire		IBAN (International Bank Account Number)			BIC (Bank Identifier Code)	
FR76	3006	6105	2100	0202 6810	122	CMCIFRPP
Domiciliation CIC PARIS PELLEPORT 62 AVENUE GAMBETTA 75020 PARIS ☎ 33153354397			Titulaire du compte (Account Owner) FEDERATION DES COMMUNAUTES PROF TERRITORIALES DE SANTE 13 RUE FERNAND LEGER 75020 PARIS			
Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.					PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ	





FICHE DE RENSEIGNEMENTS CPTS

REGION :		DEPARTEMENT :	
NOM DE LA CPTS			
Adresse de la CPTS			
Mail de la CPTS			
Téléphone Contact			
Responsables CPTS	Nom – Prénom	Mail	Portable
Président			
Coordonnateur/trice			
Autre contact			
A quelle étape en est votre dossier (rayez les mentions inutiles)			
CPTS en projet	OUI		NON
Statuts Assoc.1901	ECRITS		DEPOSES
Lettre d'intention	ECRITE		ENVOYE ARS
Projet de santé	EN COURS	ECRIT	ENVOYE
Financement	RIEN	SUBVENTION ARS	ACI
Territoire cible de la CPTS : commune principale, autres communes			
Population du territoire		- - - -	
Principaux thèmes du Projet de Santé		- - - -	
Budget de la CPTS	FIR	ACI	Montant

