



**CPTS
GWENED**
PAYS DE VANNES



contact@cptsgwened.fr

BULLETIN ADHÉSION

INFORMATION (ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES S'IL VOUS PLAÎT)

Nom de la structure	:			
Nom et prénom du représentant	:			
Profession	:			
Structure / organisme	:			
N° SIRET de la structure	:		N° FINESSE :	
Adresse postale	:			
Code postal	:		Ville	:
N° téléphone	:		E-Mail	:

ADHÉSION 2026

i L'adhésion vaut pour l'année en cours, du 1er janvier au 31 décembre 2026 peu importe la date d'adhésion.

Je demande mon adhésion pour l'année 2026, à l'association CPTS Gwened, en tant que membre du :

☐ **Collège 2** : Établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, SISA, les maisons de santé, centres de santé et professionnels de santé salariés de ces structures.

☐ **Formule simple : 10 €**

Formule PLUS : accès au CE FACIVI
10 + 15 x nbr de salarié. Plafonné à 250 €.

☐ **Nombre de salarié :**
Montant : 10 + 15 x = €

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. Depuis la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez envoyer un courriel à communication@cptsgwened.fr avec dans l'objet la mention « RGPD ». En signant ce formulaire vous acceptez que les données transmises soient conservées jusqu'en février 2027. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).

PARCOURS ET ACTIONS D'INTÉRÊT

Parcours

- ☐ Parcours Développement de l'enfant et TND
- ☐ Parcours Troubles du comportement alimentaire
- ☐ Parcours Insuffisance cardiaque
- ☐ Parcours Personnes âgées

☐ Je déclare avoir pris connaissance et approuve les Statuts ainsi que le Règlement Intérieur de l'association CPTS Gwened

☐ Je souhaite recevoir une facture

☐ J'accepte que des photographies ou vidéos prises lors des événements CPTS GWENED soient utilisées à des fins de communication.

Prévention

- ☐ Parentalité et enfance
- ☐ TCA : Body project et ETP
- ☐ TND
- ☐ Santé et accompagnement des soignants
- ☐ Sensibilisation, dépistage ou vaccination

Le :

A :

Signature :

CPTS GWENED :

📍 1 rue Jean Guyomarc'h | 56890 St Avé
☎ 02 97 43 85 91
🌐 www.cpts-gwened.fr

* Règlement par chèque à l'ordre de la CPTS GWENED
ou par virement bancaire :

IBAN FR76 1600 6070 1100 8350 3796 739 | BIC : AGRIFRPP860