



# BULLETIN D'ADHESION 2024

NOM .....

PRENOM.....

Mail .....

TEL .....

PROFESSION et LIEU D'EXERCICE .....

Adhère à CPTS Nord Provence et verse une cotisation pour l'année : 2024

de **10 EUROS**

en                      Espèce       Chèques       Virement bancaire



## RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

### Titulaire du compte

ASSOCIATION NORD PROVENCE  
32 COURS DES PLATANES  
84840 LAPALUD

### Identification nationale de compte bancaire - RIB

code bancaire	indicatif	numéro de compte	clé RIB
30002	01649	0000071103B	69

### domiciliation

CL BOLLENE 01649

### Identification internationale de compte bancaire - IBAN

FR15	3000	2016	4900	0007	1103	B69
------	------	------	------	------	------	-----

### identifiant international banque - BIC (adresse SWIFT)

CRLYFRPP

À retourner avec le paiement à :  
**ASSOCIATION NORD PROVENCE,**

A .....

Le .....

Signature



## Autorisation partage de données

le

Je, soussigné(e) :

Autorise Me BLANQUIER Patricia, Présidente de l'Association NORD PROVENCE, à partager mes données personnelles / professionnelles (mail et numéro de téléphone) aux professionnels intervenant dans l'élaboration du projet de santé de la CPTS NORD PROVENCE.

Je me réserve le droit de modifier le droit d'accès à ces informations à tout moment, par courrier /mail, à l'attention de Me BLANQUIER Patricia.

Données à partager

- mail :

- téléphone :

Signature