



Travailler ensemble, pour la santé de tous

Association Santé Pévèle du Douaisis

Bulletin d'adhésion

M.

Mme

Nom : Prénom :

Profession et/ou structure :

Adresse (lieu d'exercice ou habitation) :

Code postal : Ville :

Tél. : Email :

En adhérant, je soutiens l'Association Santé Pévèle du Douaisis constituant une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) au sens de l'article 65 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Je partage les valeurs de proximité et m'engage dans une démarche d'amélioration continue des prises en charge pour les patients et la population.

Tampon professionnel (facultatif)

Date :

Signature :

Bulletin d'adhésion à remplir, tamponner, dater et signer,
puis à retourner par mail à cpts@peveledouaisis.fr
ou par voie postale au 205 rue du Docteur Géry Deffontaines, 59310 Landas