



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 : .....

Je souhaite m'investir sur la ou les thématique(s) suivantes :

- Accès aux soins
- Prévention familiale
- Troubles Dys
- Sport pour tous
- Qualité, recherche, formation pluriprofessionnelle

- En adhérant, je m'engage à soutenir 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, sur le territoire de la Pévèle du Douaisis. Je partage les valeurs de santé populationnelle et territoriale. Je soutiens les principes de promotion de la santé, de prévention et de dépistage. Je comprends l'intérêt et les enjeux d'une nouvelle organisation de la santé par le biais de protocoles pluriprofessionnels et d'actions de santé publique.

*Données personnelles :* En adhérant, vous acceptez que la CPTS Pévèle du Douaisis mémorise et utilise vos données personnelles. En l'occurrence, vous autorisez la CPTS à communiquer occasionnellement avec vous afin de vous informer des dernières actualités de l'association et de ses actions, via les coordonnées collectées dans ce formulaire. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, la CPTS Pévèle du Douaisis s'engage à ne pas transmettre vos données personnelles à d'autres entités, entreprises ou organismes quels qu'il soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD 2018) sur la protection des données personnelles. Vous pouvez accéder aux données vous concernant ; en demander la rectification ou la suppression sur simple demande. Ces démarches s'effectuent par mail à l'adresse [cpts@peveledouaisis.fr](mailto:cpts@peveledouaisis.fr)

Tampon professionnel (facultatif)

Date :

Signature :

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