



Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Gapençais
Allée du Souvenir Français, 05000 Gap
(Association soumise à la loi du 01 juillet 1901)

BULLETIN D'ADHESION

à remplir par l'adhérent

NOM :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Code Postal :

Ville :

Tél professionnel :

Tél portable :

Adresse mail :

Statut professionnel :

*Je déclare par la présente devenir membre de l'association « CPTS du Gapençais » et accepte de verser ma cotisation pour l'année 2022 d'un montant de **20 Euros** par chèque libellé à l'ordre de **CPTS du Gapençais** et adressé au Trésorier de l'association à l'adresse ci-après :*

Guillaume DE TILLESSE, Pharmacie du THEATRE, 113 boulevard Pompidou, 05000 GAP

Date :

Votre Tampon

Votre Signature

CPTS du Gapençais