

ADHÉSIONS CPTS CROISÉE COMTOISE – 2025

NOM : _____ PRÉNOM : _____

STRUCTURE : _____

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE : _____

NUMÉRO RPPS / ADELI / SIREN : _____

TELEPHONE : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

MAIL : _____ @ _____

Je reconnais :

- Avoir pris connaissance de l'objet de l'association ;
- Accepter que la CPTS CC collecte mes coordonnées pour son usage personnel. (La CPTS s'engage à ne pas utiliser les informations de l'adhérent à des fins commerciales, vous disposez également d'un droit de regard et de rectification sur les informations vous concernant) ;
- Adhérer à l'association nommée CPTS CC et adresser la somme de **10 EUROS**, montant de ma cotisation pour l'année 2025 :
 - Par virement (RIB Ci-joint), en intitulé : "NOM""Prénom"adhésioncptscc25
 - Par Chèque N° _____

Fait à _____, le ____ / ____ / 2025

Signature :

Crédit Mutuel					
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE					
Identifiant national de compte bancaire - RIB					
Banque 10278	Guichet 08010	N° compte 00020631901	Clé 95	Devise EUR	Domiciliation CMPS FRANCHE COMTE BESANCON
Identifiant international de compte bancaire		IBAN (International Bank Account Number) FR76 1027 8080 1000 0206 3190 195		BIC (Bank Identifier Code) CMCIFR2A	
Domiciliation CMPS FRANCHE COMTE BESANCON 15 B AVENUE FONTAINE ARGENT 25000 BESANCON 03 81 65 97 40		Titulaire du compte (Account Owner) COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE CROISEE COMTOI 1 PLACE DU ROI DE ROME 70150 MARNAY		PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ	
Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.					