



# FORMULAIRE ADHÉSION 2025

COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ DU PAYS D'AURAY

Je, soussigné (e) ..... adhère à la CPTS du Pays d'Auray.

Montant de la cotisation annuelle : 30€, à ne payer qu'une seule fois.

Je souscris au service d'élimination des DASRI proposé par la CPTS.

Coût 15€ / par an en plus de l'adhésion. (Facultatif)

Total du montant de mon adhésion : ..... euros.

Moyen de paiement :  Virement à l'association (RIB en page 2)  Chèque à l'ordre de : CPTS du Pays d'Auray

Adhésion en ligne HelloAsso

En tant que personne physique :

Chirurgien: précisez la spécialité: .....

Dermatologue

Gynécologue

Infirmier

Masseur Kinésithérapeute

Médecin généraliste

Médecin spécialiste: précisez: .....

Ophtalmologiste

Orthophoniste

Orthoptiste

Pédiatre

Pédicure podologue

Pharmacien

Pneumologue

Psychiatre

Psychologue

Rhumatologue

Sage-femme

Autre: précisez :.....

Numéro ADELI, si conventionné : .....

En tant que personne morale :

Profession : ..... Structure : .....

Adresse professionnelle : .....

Téléphone portable : .....

Mail : .....

Pour les membres associés (absence de cotisation et de vote) : précisez nom, prénom, profession et structure :

Bulletin d'adhésion à adresser par mail à [contact@cptspaysauray.fr](mailto:contact@cptspaysauray.fr)  
ou par courrier à CPTS du Pays d'Auray, 10, rue des Chênes - 56400 AURAY

Les informations vous concernant font l'objet d'un traitement par la CPTS du Pays d'Auray destiné à alimenter l'annuaire des professionnels de santé sur le territoire de la CPTS, diffuser les informations liées à la CPTS et générer les reçus liés aux adhésions. Vos coordonnées sont accessibles à usage interne aux adhérents de la CPTS sur Plexus, aux partenaires et aux organismes de tutelle de la CPTS. Depuis la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez envoyer un courriel à [contact@cptspaysauray.fr](mailto:contact@cptspaysauray.fr) avec dans l'objet la mention « RGPD ». Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).



RIB CPTS Pays d'Auray



Titulaire du compte/Account holder

**ASS C P T S DU PAYS D'AURAY**

**112 AVENUE DU GENERAL DE GAULLE  
56400 AURAY**

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittances, etc.). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.

This statement is intended for your payees and/or payors when setting up Direct debit, Standing orders, Transfers and Payment. Please use this Bank account statement when booking transactions. It will help avoiding execution errors which might result in unnecessary delays.

**Relevé d'identité bancaire / Bank details statement**

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1380 7000 2232 2213 8010 044**

BIC (Bank Identification Code)  
**CCBPFPPNAN**

Code Banque  
**13807**

Code Guichet  
**00022**

N° du compte  
**32221380100**

Clé RIB  
**44**

Domiciliation/Paying Bank  
**BPGO AURAY**