



BULLETIN D'ADHESION 2024

Je soussigné(e) [Nom Prénom] -----

(le cas échéant) agissant en qualité de représentant de -----

Adresse (personnelle ou du siège social de la structure représentée¹) :

e-mail : -----

Téléphone : -----

Déclare solliciter l'adhésion à l'association Appui Parcours Santé dont le siège social est situé au 2A rue de l'épargne – 60200 Compiègne en qualité de membre actif au sein du collège (cocher le collège d'appartenance souhaité) :

Acteurs de premiers recours et d'exercice coordonné comprenant notamment les professionnels libéraux en activité ou retraités jusqu'à 5 ans après la cessation d'activité ;

Etablissement sanitaires ;

Etablissement et services médico-sociaux ;

Acteurs sociaux ;

Usagers et bénévoles

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique par l'association Appui Parcours Santé et sont destinées au secrétariat de l'association. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement aux informations qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement de vos données. Vous pouvez exercer ces droits à tout moment en faisant la demande par courriel à secretariat@dac-apsante60est.fr.

Fait à [lieu] -----

Le [date] -----

Signature

¹ Pièce à joindre au bulletin d'adhésion : le cas échéant, mandat du représentant légal de la structure représentée