BULLETIN D'ADHÉSION

Fédération Régionale des CPTS - Hauts-de-France

Année 2026

COLLÈGE D'ADHÉSION

☐	Collège I — CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ayant signé l'ACI ou constituée en association avec lettre d'intention validée ou en cours de validation)
☐	Collège II — Partenaire (Personne morale, organisme, réseau ou institution — voix consultative)

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Dénomination officielle	
Sigle / acronyme	
Numéro SIRET	
Forme juridique	
Date de création	
Département(s)d'intervention	

SIÈGE SOCIAL

Adresse	
Code postal / Ville	
Téléphone	
Courriel	
Site internet	

REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom / Prénom	
Fonction	
Téléphone	
Courriel	

REPRÉSENTANTS DÉSIGNÉS AUPRÈS DE LA FRCPTS HdF

Chaque CPTS peut désigner jusqu'à deux (2) représentants titulaires et, si elle le souhaite, un (1) représentant suppléant (Art. 7 des statuts). Les titulaires peuvent se présenter aux élections pour intégrer le Conseil d'Administration. Le suppléant représente la CPTS lors des Assemblées Générales dès lors que les deux titulaires sont membres du Conseil d'Administration.

Représentant titulaire n°1

Nom / Prénom	
Profession / Fonction	
Téléphone	
Courriel	

Représentant titulaire n°2 (facultatif)

Nom / Prénom	
Profession / Fonction	
Téléphone	
Courriel	

Représentant suppléant (facultatif)

Nom / Prénom	
Profession / Fonction	
Téléphone	
Courriel	

COTISATION ANNUELLE

Montant de la cotisation	Fixé par l'AG au 23 / 06 / 2026 : 100 €
Mode de règlement	☐ Virement bancaire (merci de préciser dans le motif du virement le nom de votre CPTS)
Titulaire du compte	ASSOC. FEDERATION REGIONALE DES CPTS HAUTS DE FRANCE
IBAN	**FR76 1670 6000 7154 0198 9900 782**
BIC / Banque	AGRIFRPP867 - Crédit Agricole Nord de France (agence d'Aubigny)

SIGNATURE ET VALIDATION

En adhérant à la Fédération Régionale des CPTS - Hauts-de-France, la structure soussignée :

Déclare avoir pris connaissance et accepter les statuts de la FRCPTS HdF, s'engage à respecter le règlement intérieur de l'association, s'engage à s'acquitter de la cotisation annuelle dans les délais fixés, autorise la FRCPTS HdF à utiliser ses coordonnées pour les communications internes et s'engage à informer la FRCPTS HdF de tout changement de représentants ou de coordonnées.

Fait à _____, le _____ / _____ / _____

Cachet et signature du représentant légal	Réservé à la FRCPTS HdF
Nom : _____ Fonction : _____ Signature :	N° adhérent : _____ Date d'enregistrement : _____ Cotisation reçue : ☐ Oui ☐ Non