[NOM Prénom du demandeur]

[Structure]

[Adresse]

[Téléphone]

[Mail]

À l’attention du président de la CPTS Brest Santé Océane

215 rue Louison Bobet

29490 GUIPAVAS

Fait à [ville], le [date]

OBJET : Demande pour devenir membre associé de la CPTS Brest Santé Océane

Docteur HASBINI,

Par la présente, je vous signifie la volonté de [NOM DE LA STRUCTURE] de devenir membre associé de la CPTS Brest Santé Océane.

Vous trouverez ci-joint [statuts de l’association ou autres documents].

Dans l’attente de votre réponse, veuillez agréer, Docteur HASBINI, l’expression de mes sentiments respectueux.

[NOM Prénom]

[Signature]