

BULLETIN D'ADHÉSION

CPTS Brest Santé Océane

Avec renouvellement annuel



Ce bulletin est à retourner accompagné d'un RIB.

Nom* : _____ Prénom* : _____

Activité professionnelle* : _____ Numéro RPPS ou ADELI (si concerné*) : _____

Organisme/structure de soins (si concerné) : _____

Adresse professionnelle* : _____

Code postal* : _____ Ville* : _____

Téléphone portable professionnel* : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse mail professionnelle* : _____

Je demande mon adhésion à l'association CPTS BREST SANTÉ OCÉANE, pour le montant de 20€**, en tant que membre du :

- ☐ **Collège 1** : professionnels de santé libéraux
- ☐ **Collège 2** : professionnels de la santé salariés exerçant dans les établissements de santé publics, privés ou privés à but non lucratif
- ☐ **Collège 3** : professionnels de la santé salariés exerçant dans les services et établissements sociaux et médico-sociaux
- ☐ **Collège 4** : représentants d'associations d'usagers du système de santé agréées

☐ Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association CPTS BREST SANTÉ OCÉANE.

Souhaitez-vous participer à un ou plusieurs groupes projets ?

☐ Oui (groupes projets en page 2) ☐ Non

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice présente en page 2.

Afin de pouvoir procéder au prélèvement de la cotisation, nous vous remercions de nous adresser un RIB. Nous vous adresserons un mandat à signer électroniquement.

Veillez retourner ce bulletin accompagné d'un RIB :

- **Par voie postale :**

Margaux LAGADEC
Chargée de communication et gestion administrative
CPTS BREST SANTÉ OCÉANE
51 boulevard de Coataudon
29490 GUIPAVAS

- **Ou par mail :**

margaux.lagadec@brestsanteoceane.fr

* Informations nécessaires pour votre inscription

**Montant pour l'année en cours, vous serez informé chaque année, en amont, de la date et du montant de la cotisation annuelle.

Date et Signature

À quels groupes projets souhaitez-vous participer ?

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Faciliter l'accès à un médecin traitant☐ Améliorer la prise en charge des soins non programmés☐ Coordination avec le point H☐ Parcours cancérologie☐ Parcours de la personne âgée☐ Parcours santé mentale☐ Parcours du patient insuffisant rénal chronique☐ Parcours pour les patients atteints de lombalgie chronique☐ Parcours sur les plaies chroniques☐ Parcours prise en charge des inconforts pelviens féminins | <ul style="list-style-type: none">☐ Prévention des maladies cardiovasculaires☐ Dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive☐ Promotion du dépistage des cancers☐ Prévention des déformations crâniennes positionnelles du nourrisson☐ Prévention de l'exposition aux perturbateurs endocriniens☐ Préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle☐ Projet d'optimisation de la pharmacothérapie de la personne âgée☐ Accompagnement psychologique des professionnels de santé |
|--|--|

Dans le cadre de ses activités, notamment les groupes projets et les événements, la CPTS Brest Santé Océane (association régie par la loi de 1901) peut être amenée à réaliser des prises de vues photographiques, des captations vidéos, ou des enregistrements numériques.

Je soussigné(e), NOM et Prénom : _____
conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, autorise la CPTS Brest Santé Océane, dont le siège est situé au 215 rue Louison Bobet à Guipavas, à capturer des images me représentant (photographies, vidéos, enregistrements numériques).

Ces images pourront être exploitées et utilisées par l'association sur tout type de support et pour toute diffusion, sans limitation géographique ni de durée. Elles pourront notamment être diffusées via : presse, supports numériques ou papier, projections publiques, site internet, réseaux sociaux, etc.

La CPTS Brest Santé Océane s'engage à respecter ma vie privée et à ne pas utiliser ces images d'une manière susceptible de nuire à ma réputation. En outre, les images ne seront pas exploitées dans un cadre préjudiciable.

Je reconnais avoir été pleinement informé(e) de mes droits et accepte que cette autorisation ne donne lieu à aucune rémunération. Je garantis également que ni moi, ni la personne que je représente (le cas échéant), n'est engagé(e) par un contrat exclusif concernant l'utilisation de mon image ou de mon nom. Je suis informé(e) que je peux à tout moment révoquer cette autorisation par écrit, étant entendu que cette rétractation ne pourra s'appliquer aux supports déjà diffusés.

Fait à : _____

Le : _____

Signature

Notice d'adhésion

Les données dans le questionnaire doivent obligatoirement être fournies car nécessaires pour votre adhésion. Dans le cas contraire, nous ne pourrions procéder à la finalisation de votre adhésion.

En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez nous contacter.

Mettre fin à votre adhésion avec renouvellement automatique

Pour mettre fin au renouvellement automatique de votre adhésion, nous vous demandons de nous adresser un courrier pour nous faire part de votre demande, au minimum trois semaines avant la date de prélèvement annoncée en début d'année.

Finalité du traitement et catégories de personnes destinataires des données à caractère personnel

La CPTS Brest Santé Océane traite les données recueillies dans le cadre de votre adhésion, pour nous communiquer les informations de la CPTS et du territoire, de participation aux groupes projets et à la vie associative de la CPTS, ainsi que dans le cadre de votre participation à un exercice coordonné (en lien avec la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel, ACI, le 3 décembre 2021 avec l'ARS Bretagne et la CPAM du Finistère). Ces données seront utilisées par les employés de la CPTS afin de remplir les missions de cette dernière. La liste des adhérents de la CPTS BSO est accessible à l'ensemble des adhérents sur Plexus santé. Ces données peuvent être transmises à des tiers uniquement dans le respect de l'objet de la CPTS et jamais dans un objectif commercial.

Durée de conservation des données

Les données sont conservées pour une durée de 5 ans à compter de la dernière adhésion.

Les informations transmises pour un renouvellement d'adhésion sont utilisées pour réaffirmer la volonté du participant de s'engager au sein de la CPTS et pour l'exactitude des données.

Sécurité des données

Ces données sont conservées sur serveur à accès restreint aux employés de la CPTS BSO.

Vos droits relatifs aux données à caractère personnel que nous recueillons

Vous pouvez contacter Margaux LAGADEC, chargée de communication et gestion administrative pour ce qui concerne les droits suivants sur vos données à caractère personnel :

- Vous pouvez obtenir une copie de vos données à caractère personnel. Nous traiterons votre demande dans un délai d'un mois.
- Vous pouvez retirer le consentement que vous avez donné pour le traitement de vos données à caractère personnel.
- Vous pouvez demander la suppression de vos données à caractère personnel ou la restriction de leur utilisation.
- Vous pouvez demander la rectification de vos données à caractère personnel.

Lorsque vous faites l'une de ces demandes, nous pouvons avoir besoin d'informations spécifiques de votre part afin de nous aider à confirmer votre identité.

Conformément aux statuts de la CPTS, l'une des demandes citées ci-dessus ne vaut pas pour une résiliation d'adhésion, qui doit faire l'objet d'une demande spécifique, écrite et adressée au président de la CPTS BSO.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.