



**CPTS**  
Toulon Littoral

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS EN VUE DE L'ADHÉSION À LA CPTS

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**PROFESSION :**

**NUMÉRO RPPS ou ADELI :**

**ADRESSE PROFESSIONNELLE :**

**NUMÉRO DE PORTABLE :**

**ADRESSE E-MAIL :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**ANNÉE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :**

**AUTRES DIPLÔMES :**

---

**COTISATION PAR ANNÉE CIVILE : 10€**

Payable par chèque à l'ordre de « CPTS Toulon Littoral »

**ou par virement**

IBAN FR76 1910 6000 0843 6760 3806 067 – BIC AGRIFRPP891

**Document dûment rempli à envoyer à :**

Frédéric Janin, Pharmacie Strasbourg-Blache

7 place Noël Blache 83000 Toulon

**Mail du trésorier :** [janinfrederic@neuf.fr](mailto:janinfrederic@neuf.fr)