INSCRIPTION CPTS VAR ESTEREL MEDITERRANEE 2024

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **PRÉNOM** |  |
| **ADRESSE CABINET / SECTEUR D’ACTIVITÉ** |  |
| **PROFESSION** |  |
| **TÉLÉPHONE (FIX PRO + MOBILE)** |  |
| **ADRESSE MAIL** |  |
| **N° RPPS et/ou FINESS** |  |
| **COTISATION DE 20€** | ☐ PAR CHEQUE | ☐ PAR VIREMENT**Titulaire du compte** : ASS CPTS-VEM**IBAN :** FR76 1460 7003 7670 7131 6625 369**BIC / SWIFT :** CCBPFRPPMAR |