



Chambre Nationale des Praticiens de la Santé

Syndicat Interprofessionnel de la Santé

RENOUVELLEMENT CNPS 2026

À remplir par l'adhérent (exemplaire conserver par le syndicat) :

Renseignement sur l'adhérent

Nom :		Prénom :	
Date et Lieu de naissance :			
Adresse professionnelle :			
Code Postal :		Ville :	
Profession :			
Mail :			
Site Web :			

En cotisant à la CNPS, je bénéficie :

- Un kit Professionnel (caducée, agenda, tampon professionnel, ...) ;
- Une page personnalisée sur le site Web de la CNPS ;
- Un accès à l'espace à l'intranet de la CNPS ;
- Une assistance administrative et juridique ;
- Une médiation groupe (*obligatoire pour les praticiens hors ordres professionnels*) ;
- Une assurance groupe de protection civile pour vos interventions de communication (*ex: ateliers, formation...*) ;
- D'un tarif préférentiel sur les formations proposées par la CNPS;
- De tarifs préférentiels pour la création de votre site WEB en partenariat avec Simplebo.

Options

- ☐ Je souhaite être contacté pour de plus amples informations sur les contrats d'assurances professionnelles proposées par l'Equipe de la Sarl Capsand (RCP Médicale, Locaux , prévoyance, ...).
- ☐ Je souhaite être contacté par **Simplebo** pour de plus amples informations sur la création de site web et bénéficier de tarifs avantageux (création ou refonte de votre site web, maintenance,...).

Autorisations

L'adhérent s'engage à ne pas transmettre, à qui que ce soit, ses codes intranet et les informations confidentielles.

L'adhérent s'engage à respecter et appliquer avec la plus grande rigueur le règlement intérieur de la CNPS.

L'adhérent autorise la CNPS à mettre ses coordonnées professionnelles, compétences sur le site internet et l'espace intranet.

Conformément à la *loi informatique et libertés du 6 janvier 1978*, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification de ses données auprès de la CNPS.

Modalités de paiement

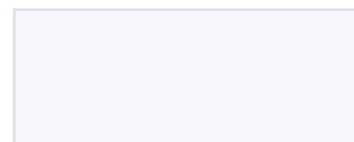
- ☐ J'opte pour le prélèvement mensuel de 17 €/mois, payable par prélèvement sur votre compte bancaire par la CNPS avec renouvellement annuel par tacite reconduction. (joindre RIB)
- ☐ J'opte pour le paiement annuel de ma cotisation et joint mon règlement de 204 € à la présente adhésion à l'ordre de la CNPS.
- ☐ Je suis jeune diplômé(e), j'opte pour le prélèvement mensuel CNPS de 10 €/mois pour les 2 premières années d'installation avec renouvellement annuel par tacite reconduction. (joindre RIB et justificatif URSSAF)
- ☐ Je suis retraité(e) et j'exerce mon activité à temps partiel, j'opte pour le prélèvement mensuel de 10 €/mois, avec renouvellement annuel par tacite reconduction. (joindre RIB et justificatif retraite)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de ces informations.

Fait à

le / /

Signature :


MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Prélèvement récurrent

Identité du payeur - Titulaire du compte

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville Pays

Coordonnées bancaire - Désignation du compte à débiter

BIC

IBAN

Désignation du créancier

Chambre Nationale des Praticiens de la Santé
29 av. Jean Joxé BP 80413 - 49 104 ANGERS Cedex 0
ICS : FR47ZZZ535186

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (Chambre nationale des praticiens de la santé) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Chambre des praticiens de la santé. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à

le / /

Signature :

Si vous souhaitez passer au prélèvement mensuel, **merci de compléter et signer** le mandat de prélèvement. Joindre un RIB