



# FémasIF

Nom de la structure :

Adresse :

Nom et prénom du contact principal :

Téléphone :

Adresse e-mail :

- |                          |   |      |
|--------------------------|---|------|
| <input type="checkbox"/> | Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)                             | 500€ |
| <input type="checkbox"/> | Maison de santé en activité, bénéficiant de l'ACI                                   | 400€ |
| <input type="checkbox"/> | Maison de santé en activité, ne bénéficiant pas de l'ACI                            | 200€ |
| <input type="checkbox"/> | Équipe en réflexion sur un projet de MSP ou CPTS<br>Ou professionnel de santé isolé | 50€  |

Souhaitez-vous participer à des groupes de travail ? OUI NON

*Bulletin à retourner avec le chèque correspondant à l'ordre de la FémasIF  
- ou adhésion en ligne, ou virement, IBAN : FR76 1027 8061 2000 0205  
6830 125 BIC : CMCIFR2A*