

CPTS TERRES DE TOUVRE



**Vous n'avez pas/plus de
médecin traitant ?**



FICHE DE RECENSEMENT

Reçue le (date) : / / (A adresser à : cptsterresdetouvre@gmail.com)

NOM **NOM de jeune fille**

Prénom(s) : **Date de naissance** : / /

Adresse d'habitation :

BALZAC BRIE CHAMPNIERS MAGNAC MORNAC RUELLE Touvre VINDELLE

N° de portable / / / / **N° de téléphone fixe** / / /

Adresse mail @.....

N° de Sécurité Sociale - - - - -

Si enfant(s) ou conjoint(e) à suivre également:

CONJOINT(E) : NOM /Prénom : né(e) le : / /

N° de Sécurité sociale : - - - - -

ENFANT(S) : NOM(S) / Prénom(s) / date(s) de naissance :
.....
.....

J'AUTORISE les médecins généralistes adhérents à la CPTS « Terres de Touvre » à accéder à mes données administratives (adresse d'habitation, médecin traitant déclaré) détenues par l'assurance maladie.

Date : Signature :

REPONSE (Date : / /) :

Inclu file active MG Inclu patientèle MG
 Déjà un MT en activité dans le département Non résident de la CPTS