



Les Chirugiens-Dentistes
de France

Bulletin d'adhésion P35

+ 35 ans



Adhésion 2022

J'ai 35 ans ou plus et je souhaite bénéficier de la cotisation d'entrée dans la vie syndicale à **309€⁽¹⁾** (155€ à partir du 1^{er} juillet). J'adhère au syndicat des CDF de mon département⁽²⁾ et je bénéficie de tous les services associés et avantages partenaires des CDF (voir site lescdf.fr), je reçois le CDF Mag papier et numérique.

(1) Adhésion annuelle année civile 2022 (+ novembre et décembre 2021 offerts)

(2) Sous réserve de l'accord du département

Madame <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/>		Date de naissance :
Nom :		Prénom :
Adresse :		
CP :	Ville :	
Dpt. d'exercice :	Téléphone portable :	
E-mail :		
N° RPPS (le cas échéant) :	Année de la 1 ^{ère} installation :	
Signature :		

Attention ! Vous souhaitez bénéficier de la RCP et de la protection juridique professionnelle de la MACSF à prix préférentiel ? Contactez la MACSF une fois que votre adhésion est enregistrée. Tél. 01 71 14 32 33 rcpdf@macsf.fr

Pour la représentativité des CDF :

Effectif salarial au 31-12-2021 sur votre déclaration DSN (y compris le personnel d'entretien) =

Embauchés soit : <input type="radio"/> En Individuel : N° SIRET :	
<input type="radio"/> Par la Société : N° SIRET :	
Nom de la société :	Nom des associés : Syndiqué <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Nom des associés : Syndiqué <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Nom des associés : Syndiqué <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

P35 : 1^{re} année pour 12 mois = 309 € (du 15/11/2021 au 31/12/2022)

Signature :

**Bulletin d'adhésion à retourner avec votre règlement à l'ordre « Les CDF »
Ou paiement par prélèvement automatique en 4 fois en 2022**

Syndicat des chirurgiens-dentistes de France
Adresse postale : 54 rue Ampère, 75017 PARIS
Tél. : 01 56 79 20 20 Email : contact@lescdf.fr
(votre facture sera disponible sur votre espace abonné)

**Attention aucune adhésion
ne sera prise sans règlement**

Les CDF ont pris toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection de vos données personnelles. Ils s'engagent à ne les utiliser que pour leur seul usage interne et à ne pas les divulguer à des tiers. Vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, de portabilité (transfert) et de suppression de vos données personnelles. Contact : sg@lescdf.fr ou Les CDF 54 rue Ampère – 75849 Paris cedex 17

En cochant cette case, vous acceptez que les données recueillies par Les CDF fassent l'objet d'un traitement informatique et soient utilisées pour vous recontacter par la MACSF.



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LES CDF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions des CDF.

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.

*Veuillez compléter les champs marqués **

Votre Nom & Prénom : *

Votre adresse *

Numéro et nom de la rue

*

Code Postal Ville

Pays

Les coordonnées

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

de votre compte

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

* **LES CDF**

Nom du créancier

Identifiant créancier SEPA

* 54, rue Ampère

Numéro et nom de la rue

* PARIS 17^{ème}

Code Postal Ville

* France

Pays

Type de Paiement

* Paiement semestriel

Signé à

*

Lieu

Date

Signature(s) :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner avec votre RIB à :

LES CDF
Trésorerie Générale
54, rue Ampère - 75017 PARIS

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Code RUM (Adhérent) :