



J'ai 35 ans ou plus et je souhaite bénéficier de la cotisation d'entrée dans la vie syndicale à 315€⁽¹⁾ (160€ 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 (du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024)

(2) Sous réserve de l'accord du département

Madame <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/>		Date de naissance :
Nom :		Prénom :
Adresse :		
Dpt. d'exercice :		Mobile :
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 ?
Complétez et renvoyez l'engagement sur l'honneur P35 directement à la MACSF au verso de ce bulletin.

Pour la représentativité patronale des CDF

Vous exercez :

- En Individuel - N° SIRET _____
- Par la société - N° SIRET _____
- Type de la société _____ Nom de la société : _____
 - Nom des associés _____ Syndiqués oui/non
 - Nom des associés _____ Syndiqués oui/non
 - Nom des associés _____ Syndiqués oui/non

Vos effectifs salariés inscrits au 31/12/2023 sur la déclaration DSN (personnel d'entretien compris)

- Employés par vous-même : _____
- Employés par la société _____

P35 : 1^{re} année pour 12 mois = 315 € (du 01/01/2024 au 31/12/2024)

½P35 : 1^{re} année à partir du 1^{er} juillet = 160 € (du 01/07/2024 au 31/12/2024)

Bulletin d'adhésion à retourner avec votre règlement à l'ordre de : « Les CDF »

Votre adhésion est payable en ligne <http://lescdf.fr> soit par carte bancaire soit par prélèvement automatique mensuel.

(votre facture est téléchargeable sur votre espace)

Attention aucune adhésion ne sera prise sans règlement

Syndicat des chirurgiens-dentistes de :

Adresse postale :

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



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR 2024 - P35 **315 €** (+ de 35 ans)

Pour bénéficier du contrat RCP groupe LESCDF/MACSF, vous devez compléter cet engagement sur l'honneur et attendre l'accord de la MACSF.

Attention : Ne résiliez pas votre RCP avant l'accord de la MACSF.

Je soussigné, Docteur.....Portable :.....

Adresse professionnelle.....

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_| Date de thèse : |_|_|/|_|_|/|_|_|

Date d'installation en libéral : |_|_|/|_|_|/|_|_| E-mail :.....

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Je souhaite bénéficier du contrat RCP à la MACSF dans le cadre de mon adhésion aux CDF.

Nom du précédent assureur :.....

Date de souscription du contrat : |_|_|/|_|_|/|_|_|

SUR LES EVENTUELS SINISTRES ANTERIEURS COCHER LA CASE 1 OU 2

- 1 Certifie ne jamais avoir déclaré de sinistre auprès de mon assureur précédent.
2 Certifie avoir déclaré des sinistres auprès de mon assureur précédent (dans ce cas, joindre un relevé d'information délivré par la compagnie d'assurance précédente).

SUR LES EVENTUELS INCIDENTS ANTERIEURS COCHER LA CASE 3 OU 4

- 3 Certifie ne pas avoir connaissance d'incident susceptible d'entraîner ultérieurement une réclamation de la part du patient.
4 Certifie avoir connaissance d'incident, susceptible d'entraîner ultérieurement une réclamation du patient (dans ce cas, faire un résumé circonstancié des faits sur papier en-tête et remis sous enveloppe cachetée à l'attention du Chirurgien-Dentiste Responsable de la souscription à la MACSF).

Date et signature :

A Renvoyer à :

MACSF – Contrat RCP – 10 cours du triangle de l'Arche – TSA 40100 – 92919 LA DEFENSE CEDEX
rcpdf@macsf.fr T : 01 71 14 32 33

En cochant cette case, vous acceptez que les données recueillies ci-dessus par la MACSF fassent l'objet d'un traitement informatique et soient utilisées par la MACSF pour vous recontacter. La MACSF a pris toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection de vos données personnelles, elle s'engage à ne les utiliser que pour son 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 : rcpdf@macsf.fr ou MACSF – 10 cours du triangle de l'Arche – TSA 40100 – 92919 LA DEFENSE CEDEX



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.

*Veillez compléter les champs marqués **

Votre Nom & Prénom : *

Votre adresse *

Numéro et nom de la rue

*

Code Postal Ville

*

Pays

Les coordonnées

de votre compte

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

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

* Prélèvement mensuel

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
Soit par mail : cotisations@lescdf.fr

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Code RUM (Adhérent) :