

J'ai 35 ans ou plus et je souhaite bénéficier de la cotisation d'entrée dans la vie syndicale à **320 €* (160 € à partir du 01.07)**. J'adhère au syndicat des CDF de mon département** et je bénéficie de tous les services associés et avantages partenaires des CDF (voir site lescdf.fr), je reçois gratuitement le CDF Mag papier et numérique.

*Adhésion annuelle année civile (du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2026)

**Sous réserve de l'accord du département

| | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Madame | : <input type="checkbox"/> | Monsieur | : <input type="checkbox"/> | Date de naissance | : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom | : | <input type="text"/> | Prénom | : | <input type="text"/> | | | |
| Adresse | : | <input type="text"/> | | | | | | |
| Code postal | : | <input type="text"/> | Ville | : | <input type="text"/> | Pays | : | <input type="text"/> |
| Mobile | : | <input type="text"/> | E-mail | : | <input type="text"/> | | | |
| Dpt. d'exercice | : | <input type="text"/> | N°RPPS | : | <input type="text"/> | | | |

Informations sur votre exercice (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 : Adhérent CDF : Oui Non
- Nom des associés : Adhérent CDF : Oui Non
- Nom des associés : Adhérent CDF : Oui Non

Vos effectifs salariés inscrits au 31/12/2025 sur la déclaration DSN (personnel d'entretien compris)

Salariés par vous-même :

Salariés par la société :

P35 : 1re année pour 12 mois = **320 €** (du 01/01/2026 au 31/12/2026)

1/2 P35 : 1re année à partir du 1er juillet = **160 €** (du 01/07/2026 au 31/12/2026)

Gestion de vos données par Les CDF

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 (principalement gestion et suivi administratif et financier, accès aux services et diffusion d'informations et communications sur la profession et le syndicat, le cas échéant prise de contact) et à ne pas les divulguer à des tiers non autorisés. Vous avez des droits concernant vos données personnelles : vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, de portabilité (transfert), de limitation de leur traitement et de suppression (effacement) de vos données personnelles. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données.

Pour exercer ces droits, vous pouvez nous écrire par mail à : sg@lescdf.fr ou par courrier : Les CDF (secrétariat général) 54 rue Ampère – 75849 PARIS cedex 17.

En cochant cette case, **j'accepte** que mes données personnelles recueillies par Les CDF fassent l'objet d'un traitement informatique et soient utilisées afin de me recontacter pour les finalités décrites ci-dessus.

En cochant cette case, **je refuse** que mes données personnelles recueillies par Les CDF fassent l'objet d'un traitement informatique et soient utilisées afin de me recontacter pour les finalités décrites ci-dessus. **Dans ce cas, je comprends que je ne recevrais plus aucune communication quelle qu'elle soit de la part des CDF.**

Par ailleurs Les CDF peuvent être amenés à transmettre vos données à CDF Formations, ainsi qu'à ses partenaires (figurant en page d'accueil de leur site internet) pour vous envoyer des informations et communications liées à ces partenariats.

Votre consentement est également requis dans ce cadre.

Transmission de vos données à CDF Formations

En cochant cette case, **j'accepte** que mes données personnelles soient transmises à CDF Formations.

En cochant cette case, **je refuse** que mes données personnelles soient transmises à CDF Formations.

Transmission de vos données aux partenaires des CDF

En cochant cette case, **j'accepte** que mes données personnelles soient transmises aux partenaires des CDF.

En cochant cette case, **je refuse** que mes données personnelles soient transmises aux partenaires des CDF.

Bulletin d'adhésion à retourner avec le moyen de paiement :

- **vosre adhésion est payable en ligne " <https://lescdf.fr> " par carte bancaire ;**
- **par prélèvement automatique mensuel ou annuel avec le mandat de prélèvement à retourner signé ;**
- **par chèque à l'ordre de votre syndical départemental " LES CDF + indiquez le département " + adresse postale.**

ATTENTION, AUCUNE ADHÉSION NE SERA PRISE EN COMPTE SANS RÈGLEMENT.

Syndicat des chirurgiens-dentistes de :

Adresse postale :

Date et signature :

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

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

Je soussigné(e), Docteur : Mobile :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville : Pays :

Date de naissance : Date de thèse :

Date d'installation en libéral : E-mail :

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR BÉNÉFICIER DU CONTRAT RCP/PJ MACSF

Date souhaitée de mise en place du contrat :

Nom du précédent assureur : Date du contrat :

SUR LES ÉVENTUELS SINISTRES ANTÉRIEURS, cocher la case 1 ou 2

- 1** Certifie ne jamais avoir déclaré de sinistre auprès de mon assureur précédent et de ne pas avoir connaissance d'incident susceptible d'entraîner ultérieurement une réclamation de la part d'un patient
- 2** Certifie avoir déclaré des sinistres auprès de mon assureur précédent ou avoir connaissance d'incident, susceptible d'entraîner ultérieurement une réclamation d'un patient
Dans ce cas, joindre les Relevés d'Informations justifiants de vos antécédents d'assurance des dix dernières années.

PRATIQUE PROFESSIONNELLE

- 3** **Omnipratique** (Pose de prothèse sur implant, orthodontie, parodontologie, odontologie)
- 4** Implantologie - *joindre les justificatifs de vos formations*
- 5** Comblement de sinus - *joindre les justificatifs de vos formations et détailler les conditions opératoires, les techniques utilisées et les conditions d'asepsie.*
- 6** Injection d'acide hyaluronique dans la sphère péri-buccale - *joindre les justificatifs de vos formations*
- 7** Protection Juridique Vie Professionnelle
- 8 9** Protection Juridique Professionnelle **et** Privée
- 10** Assurances Psychologique et e-réputation
- Contribution au fonds de Garantie (obligatoire pour tous les libéraux)

DONNÉES PERSONNELLES

- 11** En cochant cette case, vous acceptez que les données recueillies par la MACSF fassent l'objet d'un traitement informatique et soient utilisées 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 : dpo@macsf.fr ou DPO MACSF - 10 cours du triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 La Défense cedex

DATE et SIGNATURE