



■ - 35 ANS

Bulletin d'adhésion U1

Offre spéciale ADF 2024 du 15/11 au 31/12

23 €/mois
la 1^{ère} année

J'ai moins de 35 ans et je souhaite bénéficier de la cotisation d'entrée dans la vie syndicale à **276 €***. J'adhère aux U35 ainsi qu'au syndicat des CDF de mon département**. Je bénéficie de tous les services associés et avantages partenaires des CDF (voir site lescdf.fr), je reçois le CDF Mag papier et numérique. Les CDF vous offrent, auprès de la MACSF, la RCP, protection juridique professionnelle et privée, assistance psychologique et E-réputation à compter du 1er janvier 2025.

*Adhésion annuelle 2025 (novembre et décembre 2024 offerts)

**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"/>	Année 1 ^{re} adhésion	:	<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 :

En société - N° SIRET :

Type de 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 31/12/2024 sur la déclaration DSN (personnel d'entretien compris)

Salariés par vous-même :

Salariés par la société :

Pour bénéficier du contrat RCP groupe Les CDF/MACSF **à compter du 1er janvier 2025**, vous devez compléter l'engagement sur l'honneur et attendre l'accord de la MACSF.

Attention ! Ne résiliez pas votre Responsabilité Civile Professionnelle et privée avant notre courrier de confirmation.

U1 : 1^{re} année = **276 €** (du 15/11/2024 au 31/12/2025)



■ – 35 ANS

Bulletin d'adhésion U1

Offre spéciale ADF 2024 du 15/11 au 31/12

23 €/mois
la 1ère année

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), **hors MACSF**, 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 :

- **par prélèvement automatique mensuel avec le mandat de prélèvement à retourner signé ;**
- **par chèque à l'ordre de votre syndical départemental " LES CDF + le département " + adresse postale.**

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

Syndicat des chirurgiens-dentistes de France

Adresse postale : 54 rue Ampère 75017 PARIS

Tél : 01 56 79 20 20 - Email : cotisations@lescdf.fr

(votre facture sera disponible sur votre espace abonné)

Date et signature :



Je soussigné(e), Docteur :	<input type="text"/>	Mobile :	<input type="text"/>
Adresse professionnelle :	<input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
		Pays :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Date de thèse :	<input type="text"/>
Date d'installation en libéral :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		E-mail :	<input type="text"/>

1 Certifie vouloir bénéficier des garanties indissociables RCP et PJ PRO& privée à la MACSF dans le cadre de la cotisation.

1b Certifie ne pas vouloir bénéficier des garanties indissociables RCP et PJ PRO & privée à la MACSF dans le cadre de la cotisation.

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT SI VOUS SOUHAITEZ BÉNÉFICIER DE LA RCP

Nom du précédent assureur :

Date de souscription du contrat :

SUR LES ÉVENTUELS SINISTRES ANTÉRIEURS COCHER LA CASE 2 OU 3

2 Certifie ne jamais avoir déclaré de sinistre auprès de mon assureur précédent.

3 Certifie avoir déclaré des sinistres auprès de mon assureur précédent (dans ce cas, joindre un relevé d'information délivré par la compagnie d'assurance).

SUR LES ÉVENTUELS INCIDENTS ANTÉRIEURS COCHER LA CASE 4 OU 5

4 Certifie ne pas avoir connaissance d'incident susceptible d'entraîner ultérieurement une réclamation de la part d'un patient.

5 Certifie avoir connaissance d'incident, susceptible d'entraîner ultérieurement une réclamation d'un 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).

Transmission de vos données à la MACSF

En cochant cette case, **j'accepte** que mes données personnelles recueillies par Les CDF fassent l'objet d'un traitement informatique et soient transmises à la MACSF afin de me faire parvenir des informations et communications liées à leurs produits.

En cochant cette case, **je refuse** que mes données personnelles recueillies par Les CDF fassent l'objet d'un traitement informatique et soient transmises à la MACSF afin de me faire parvenir des informations et communications liées à leurs produits.

Date et signature :

Mandat de prélèvement SEPA



Les Chirugiens-Dentistes
de France

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 tous les champs suivants.

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Vos coordonnées bancaires

IBAN :

BIC :

Informations du créancier

Nom :

Identifiant créancier SEPA :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Type de paiement

Prélèvements

Signé à : 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 art.38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

À 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) :