

J'ai moins de 35 ans et je souhaite bénéficier de la cotisation d'entrée dans la vie syndicale à **305 €* (155 € à partir du 1er juillet)**. 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), dont la RCP, protection juridique professionnelle et privée, assistance psychologique et E-réputation auprès de la MACSF (sous réserve de l'accord de l'assureur). 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 :

Pour bénéficier du contrat RCP groupe Les CDF/MACSF, 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 : 1re année pour 12 mois = **305 €** (du 01/01/2026 au 31/12/2026)

1/2 U1 : 1re année à partir du 1er juillet = **155 €** (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 :

- **votre 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 LES CDF/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 BENEFCIER DU CONTRAT RCP/PJ MACSF

Date souhaitée de mise en place du contrat :

U1 : 1ère année pour 12 mois à 305 € **½ U1 : ½ année à partir du 1er juin à 155 €**

Tarif inclue les garanties suivantes:

- 1 **Omnipratique** (Pose de prothèse sur implant, orthodontie, parodontologie, odontologie)
- 2 Contribution au fonds de Garantie (obligatoire pour tous les libéraux)
- 3 Protection Juridique Vie Professionnelle et privée
- 4 Assurances Psychologique et e-réputation

Nom du précédent assureur :

Date du contrat :

SUR LES ÉVENTUELS SINISTRES ANTÉRIEURS, cocher la case 5 ou 6

- 5 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
- 6 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 justificatifs de vos antécédents d'assurance des dix dernières années.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES OPTIONNELLES, à cotisations supplémentaires

- 7 Implantologie - *joindre les justificatifs de vos formations*
- 8 Comblement de sinus - *joindre les justificatifs de vos formations et détailler les conditions opératoires, les techniques utilisées et les conditions d'asepsie.*
- 9 Injection d'acide hyaluronique dans la sphère péri-buccale - *joindre les justificatifs de vos formations*

DONNEES PERSONNELLES

- 10 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

A renvoyer complété à : cotisations@lescdf.fr