Les Chirurgiens-Dentistes de France

Bulletin d'adhésion U1 -35 ans

J'ai moins de 35 ans et je souhaite bénéficier de la cotisation d'entrée dans la vie syndicale à 299€(1) (150€ à partir du 1er juillet). J'adhère aux U35 ainsi qu'au syndicat des CDF de mon département(2). Je bénéficie de tous les services associés et avantages partenaires des CDF (voir site lescdf.fr), je reçois le CDF Mag papier et numérique, la RCP, la Protection juridique professionnelle et privée, l'assistance psychologique et l'E-réputation.

(1) Adhésion annuelle année civile (du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024)

(2) Sous réserve de l'accord du département

Madame ◯ Monsieur ◯	Date de naissance :
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Dpt. d'exercice :	Mobile :
E-mail :	
N° RPPS (le cas échéant) :	Année de la 1ère installation :
Signature :	

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 = 299 € (du 01/01/2024 au 31/12/2024)**
◯ **½ U1 : 1re année à partir du 1er juillet = 150 € (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 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

Tél : 01 56 79 20 20 | **E-mail :** tg@lescdf.fr | **www. lescdf.fr**

Les Chirurgiens-Dentistes de France

Engagement sur l'honneur 2024

- de 35 ans

◯ U1 : 1ère année pour 12 mois : 299 € ou ◯ 1/2 U1 : 1ère année à partir du 1er juillet : 150 €

Je soussigné(e), Docteur : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Date de naissance : .....

Date d'installation en libéral : .....

Date de thèse : .....

E-mail : .....

1 ◯ **Certifie vouloir bénéficier des garanties indissociables RCP et PJ PRO & privée, e-réputation et assistance psychologique à la MACSF dans le cadre de la cotisation à 299 €.**

1b ◯ **Certifie ne pas vouloir bénéficier des garanties indissociables RCP et PJ PRO & privée, e-réputation et assistance psychologique à la MACSF dans le cadre de la cotisation à 299 €.**

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 précédente).

- 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 du patient.

5 ◯ 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).

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.

Date et Signature

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT 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 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

F	R	9	7	Z	Z	Z	8	7	B	2	E	B																						

Identifiant créancier SEPA

* 54, rue Ampère

Numéro et nom de la rue

*| 7 | 5 | 0 | 1 | 7 | * PARIS 17ème

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 :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
LES CDF - Trésorerie Générale **54, rue Ampère - 75017 PARIS** **soit par mail cotisations@lescdf.fr**	Code RUM (Adhérent) : .....