



BULLETIN D'ADHÉSION

- 35 ANS

U1

J'ai **moins de 35 ans** et je souhaite bénéficier de la cotisation d'entrée dans la vie professionnelle à **289 €⁽¹⁾** (145 € à partir du 1^{er} juillet). **J'adhère au U35** ainsi qu'au syndicat des CDF de mon département⁽²⁾ et je **bénéficie de tous les services et avantages associés aux CDF, avec le CDF mag papier et numérique, la RCP et la Protection Juridique Professionnelle.**

⁽¹⁾ Adhésion annuelle année civile (du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019)

⁽²⁾ Sous réserve de l'accord du département

Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>	
Prénom :	Nom :
Adresse :	
CP :	Ville :
Dpt. d'exercice :	Téléphone portable :
E-mail :	
N° RPPS (le cas échéant) :	Année de 1 ^{ère} installation :
Signature :	
Pour bénéficier du contrat RCP groupe CNSD/MACSF, vous devez compléter l'engagement sur l'honneur et attendre l'accord de la MACSF.	
Attention ! Ne résiliez pas votre Responsabilité Civile Professionnelle avant notre courrier de confirmation.	

U1 : 1^{re} année pour 12 mois = 289 €

U1 ½ : 1^{re} année à partir du 1^{er} juillet = 145 €

Règlement par chèque à l'ordre : **CNSD/Les CDF**

A envoyer à : **CNSD/Les CDF - Service Cotisations - 54 rue ampère- 75849 Paris cedex 17**

**Attention aucune adhésion
ne sera prise sans règlement**

La CNSD-Les CDF 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 : sg@lescdf.fr ou CNSD-Les CDF 54 rue Ampère - 75849 PARIS cedex 17.

En cochant cette case, vous acceptez que les données recueillies ci-dessus par la CNSD-Les CDF fassent l'objet d'un traitement informatique et soient utilisées pour vous recontacter par la MACSF.



U1 : 1^{re} année pour 12 mois : **289 €** **U1^{1/2}** : 1^{re} année à partir du 1^{er} juillet : **145 €**

Je soussigné, Docteur :

Adresse professionnelle :

Date de naissance :

Date d'installation en libéral :

Date de thèse :

E-mail :

Certifie ne pas vouloir bénéficier du contrat RCP à la MACSF *dans le cadre de la cotisation à 289 €.*

PARTIE A REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS SOUHAITEZ BENEFICIER DE LA RCP

Nom du précédent assureur :

Date de souscription du contrat :

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

SUR LES EVENTUELS SINISTRES ANTERIEURS 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).

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

SUR LES EVENTUELS INCIDENTS ANTERIEURS 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).

Date et Signature