



# 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 €<sup>(1)</sup>** (145 € à partir du 1<sup>er</sup> juillet). **J'adhère au U35** ainsi qu'au syndicat des CDF de mon département<sup>(2)</sup> 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.**

<sup>(1)</sup> Adhésion annuelle année civile (du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 décembre 2019)

<sup>(2)</sup> 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 <sup>ère</sup> installation :
Signature :	
<b>Pour bénéficier du contrat RCP groupe CNSD/MACSF, vous devez compléter l'engagement sur l'honneur ci-joint et attendre l'accord de la MACSF. Attention ! Ne résiliez pas votre Responsabilité Civile Professionnelle avant notre courrier de confirmation.</b>	

**U1 : 1<sup>re</sup> année pour 12 mois = 289 € (1/01/2019 au 31/12/2019)**

**½ U1 : 1<sup>re</sup> année à partir du 1<sup>er</sup> juillet = 145 € (1/07/2019 au 31/12/2019)**

**Bulletin d'adhésion à retourner avec votre chèque à l'ordre de CNSD/LesCDF .....**

Syndicat des chirurgiens-dentistes de .....

ADRESSE POSTALE

Tél. : ..... - Email : .....

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



- U1** : 1<sup>re</sup> année pour 12 mois : **289 €**     **U1<sup>1/2</sup>** : 1<sup>re</sup> année à partir du 1<sup>er</sup> 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 des garanties indissociables RCP et PJ PRO 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