



ADHÉSION 2022

Merci de bien vouloir compléter toutes les informations-ci-dessous

Madame Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

N° RPPS et ADELI : _____

Date présumée de départ à la retraite : _____

Adresse : _____

Tel : _____ Portable _____

E-mail _____

POUR UNE MEILLEURE EFFICIENCE VOUS POUVEZ RECEVOIR LE CAHIER PAR MAIL SI OUI COCHER LA CASE

La cotisation donne droit aux cahiers de Stomatologie. Vous recevrez par retour un reçu fiscalement déductible pour votre comptabilité accompagnée d'une carte de centre de groupement d'achat.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 310 € Cotisation annuelle | <input type="checkbox"/> 160 € Praticiens salariés ou hospitaliers non libéraux |
| <input type="checkbox"/> 180 € 1 ^{ère} inscription au Collège | <input type="checkbox"/> 80 € Jeunes Praticiens et retraités |
| <input type="checkbox"/> 100 € chirurgiens oraux | <input type="checkbox"/> 100 € Jeunes DESCO <input type="checkbox"/> Internes et CCA : Cotisation offerte |

Renseignements professionnels complémentaires.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Omnipraticien | <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste secteur I |
| <input type="checkbox"/> CMF | <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste secteur II |
| <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> Cabinet Libéral |
| <input type="checkbox"/> ODMF | <input type="checkbox"/> Clinique |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Hospitalier <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie exclusive | <input type="checkbox"/> Hospitalier vacataire |

Enquête de représentativité patronale :

Nombre de salariés :

Nombre de confrères exerçant avec vous :

Je soussigné Docteur _____ déclare exacts les renseignements fournis et autorise leurs publications dans l'annuaire CMSCMFCOF.

Signature et tampon :

N° IBAN CMSCMFCOF : FR76 3006 6106 7000 0204 2820 162