CDS+
Chirurgiens-Dentistes
Services Plus

Chirurgiens-Dentistes Services Plus

Formulaire d'adhésion

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse exacte de l'adhérent : .....
.....

Code postal : ..... **Ville :** .....

Adresse courriel : ..... **Tél :** .....

Numéro d'inscription au tableau de l'Ordre : ...../...../...../...../...../...../...../...../...../

Cadre d'exercice : ☐ **individuel** ☐ **SCM** ☐ **SCP** ☐ **EURL** ☐ **SEL**

Cotisation

Êtes-vous adhérent Les CDF ?

☐ Oui : la cotisation à CDS+ vous est offerte.

☐ Non : ☐ cotisation pleine : **50 €** ou ☐ cotisation demi-année : **25 €**

Je souhaite payer ma cotisation :

☐ En ligne sur le site : *www.cdservicesplus.com*

☐ Par chèque à l'ordre de **Chirurgiens-Dentistes Services Plus**
à envoyer au 54 rue Ampère - 75849 Paris cedex 17

☐ Par virement bancaire

IDENTIFIANT NATIONAL BANCAIRE

Banque	Indicatif	Numéro de compte	Clé RIB	Domiciliation
30002	00437	0000446464Y	89	PARIS MADELEINE

IDENTIFIANT INTERNATIONAL BANCAIRE

IBAN FR15 3000 2004 3700 0044 6464 Y89

Code B.I.C. CRLYFRPP

TITULAIRE DU COMPTE :
CHIRURGIENS-DENTISTES SERVICES
54 RUE AMPERE
75017 PARIS

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

LCL BANQUE ET ASSURANCE

« Ces données personnelles sont protégées conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée (loi Informatique et Libertés) et le RGPD (Règlement général de protection des données). Vous disposez du droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données personnelles.»