

Déclaration d'affiliation au titre de chirurgien dentiste

Numéro de dossier :

Merci de remplir ce formulaire en noir, majuscules et avec les accents et de nous de le retourner, accompagné de la photocopie de votre **certificat d'inscription au tableau de l'Ordre**.

➤ N° R.P.P.S. (11 chiffres) : _____

➤ N° sécurité sociale (15 chiffres)

RENSEIGNEMENTS D'ÉTAT CIVIL DU TITULAIRE

Nom :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Nom d'usage :

Date de naissance Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse personnelle* :

Code postal

Ville : Téléphone :

Adresse professionnelle* :

Code postal

Ville : Téléphone :

Email :

* Veuillez nous préciser à quelle adresse vous souhaitez recevoir votre correspondance en cochant la case de votre choix.

Déclaration d'affiliation_chirurgien dentiste

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Pour une première inscription, veuillez indiquer :

Date de soutenance de la thèse ou du diplôme

Pays d'obtention de la thèse ou du diplôme :

Date de début d'exercice libéral en France

Si vous avez déjà cotisé à la CARCDSF lors d'un exercice libéral précédent, veuillez nous indiquer votre numéro d'adhérent :

Date de reprise

EXERCEZ-VOUS SOUS CONVENTION ?

Oui Non Dans ce cas, joindre une attestation de votre CPAM précisant que vous exercez hors convention.

REPLACEMENTS EN TANT QUE CHIRURGIEN DENTISTE LIBÉRAL

Du

au

Du

au

Du

au

Joindre la copie des contrats correspondants.

COLLABORATION EN TANT QUE CHIRURGIEN DENTISTE LIBÉRAL

A compter du

EXERCICE A L'ÉTRANGER EN TANT QUE CHIRURGIEN DENTISTE

Du		au		<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié
				Pays :	
Du		au		<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié
				Pays :	

SI VOUS BÉNÉFICIEZ DÉJÀ D'UNE PENSION DE RETRAITE D'UN RÉGIME DE BASE FRANÇAIS

Préciser la caisse de retraite (RSI, MSA, fonction publique, régime général, régimes spéciaux)	Date d'effet de la retraite

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande et je m'engage à prévenir la CARCDSF de toute modification familiale ou professionnelle qui surviendrait au cours de mon exercice professionnel.

Fait à :

Le :

Cachet et signature précédée de la mention manuscrite «Certifiée conforme à la vérité».

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art L.114-16-2 du code de la Sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17 du code de la Sécurité sociale.

Déclaration d'affiliation_chirurgien dentiste

DEMANDES DE DISPENSE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ

Je soussigné(e),

Après avoir pris connaissance des articles 13 et 26 des statuts du régime complémentaire ci-dessous :

Article 13 : les nouveaux adhérents sont dispensés de la cotisation proportionnelle au titre des deux premières années civiles de leur exercice et peuvent, sur demande écrite, bénéficier également d'une dispense de la cotisation forfaitaire.

La demande doit parvenir à la CARCDSF dans les 60 jours qui suivent l'appel de cotisations.

Les dispenses de cotisations accordées aux nouveaux affiliés peuvent faire l'objet d'un rachat dans les conditions fixées à l'article 26 des présents statuts.

Article 26 : Les adhérents ayant bénéficié de dispenses de cotisations visées à l'article 13 peuvent racheter, à leur demande, à partir de la sixième année civile d'affiliation et avant la quinzième année civile d'affiliation, tout ou partie des points forfaitaires non cotisés. Le paiement peut être effectué au maximum en trois versements, la date du dernier versement ne pouvant être postérieure au terme de la quinzième année civile d'affiliation.

Ces rachats sont effectués au prix du point de cotisation de l'année au cours de laquelle le règlement intervient.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE POUR LE DÉBUT D'EXERCICE LIBÉRAL (OBLIGATOIRE)

Demande à régler la cotisation du régime complémentaire à compter du premier jour du trimestre civil qui suit mon début d'exercice.

OU

Demande à être dispensé(e) de la cotisation du régime complémentaire pour les deux premières années civiles de mon exercice libéral.

Se reporter à la page 3 de la notice d'affiliation.

RÉGIME DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES DE VIEILLESSE (OBLIGATOIRE)

Demande la dispense de la cotisation du régime des prestations complémentaires de vieillesse (PCV), avec perte des points correspondants et non rachetables, au titre de la première année d'affiliation, en raison de l'absence de revenus non commerciaux sur années antérieures.

Se reporter à la page 4 de la notice d'affiliation.

Fait à :

Le 

Signature de l'adhérent
(Précédée de la mention «Lu et approuvé».)