



Simplifiez vos démarches !  
Créez votre compte sur internet,  
dans votre espace sécurisé.  
Accédez à tous les services en ligne !

# Chirurgiens-dentistes

Numéro de dossier :

ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES, S.V.P

Déclaration d'affiliation à retourner à la CARCDSF accompagnée de la  
photocopie de votre certificat d'inscription au tableau de l'Ordre

## Déclaration d'affiliation

### RENSEIGNEMENTS ÉTAT CIVIL

TITULAIRE :

Nom :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

NUMÉRO DE R.P.P.S À 11 CHIFFRES

NUMÉRO DE SECURITÉ SOCIALE À 15 CHIFFRES

Service national : du au lieu

Adresse personnelle :



CONJOINT(E) :

Nom :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

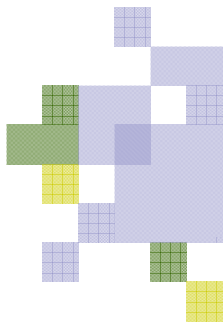
Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Profession :

Date de mariage :





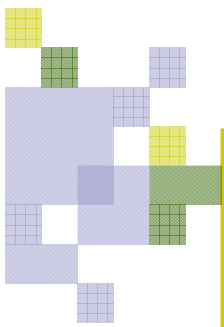
Enfants à charge		
NOM/PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS
Pour une première inscription, vous devez nous indiquer :
Date et lieu de soutenance de thèse :
Date de début d'exercice libéral :
Adresse professionnelle actuelle :
 :
A quel titre ( propriétaire; locataire; gérant; collaborateur; remplaçant ) :
Nom sous lequel vous exercez (pour les femmes) :

Si vous avez déjà cotisé à la C.A.R.C.D.S.F lors d'un exercice libéral précédent, veuillez nous indiquer le nom d'usage sous lequel vous étiez inscrit (e) ainsi que votre numéro :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Date de reprise :



Exercez-vous sous convention ?

oui ☐

non ☐

*Veillez dans ce cas, nous adresser une attestation de votre CPAM, précisant que vous exercez hors convention.*

Si vous avez effectué des remplacements (en tant que chirurgien-dentiste libéral)

du	au	lieu
du	au	lieu
du	au	lieu

Si vous avez exercé à l'étranger (en tant que chirurgien-dentiste)

Pays :

A quel titre :

Périodes :

Si vous avez exercé en tant que salarié (e) (chirurgien-dentiste ou autre profession)

du	au	Profession
du	au	Profession
du	au	Profession

Je déclare sur l'honneur que ces renseignements sont exacts 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 :

Signature