



# Chirurgiens-dentistes

Numéro de dossier :

Simplifiez vos démarches !

Créez votre compte sur internet,  
dans votre espace sécurisé.

Accédez à tous les services en ligne !

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

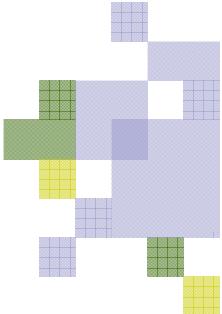
RENSEIGNEMENTS ÉTAT CIVIL	
TITULAIRE :	
Nom :	
Prénoms :	
Nom de jeune fille :	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Nationalité :	

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 :

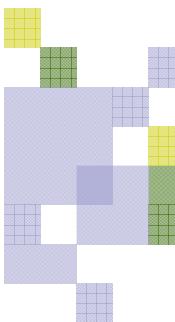
☎ :

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 :

Date de reprise :

**Exercez-vous sous convention ?**oui non 

*Veuillez 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