

# Bulletin d'inscription

**Attention :** un bulletin par personne inscrite.

(\*) Champs obligatoires

N° RPPS | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

11 chiffres - Figure sur votre ordonnance ou sur le site du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

CIVILITÉ\* Professeur  Docteur  Madame  Monsieur

NOM D'USAGE\* ..... NOM DE JEUNE-FILLE\* .....

PRÉNOM\* .....

DATE DE NAISSANCE\* ..... ANNÉE DE DIPLOME\* ..... SEXE F  M

MODE D'EXERCICE ..... SPÉCIALITÉ .....

ADRESSE\* .....

CODE POSTAL\* ..... VILLE\* ..... PAYS\* .....

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL ..... PORTABLE\* .....

J'accepte de recevoir des SMS de la part de l'ADF

COURRIEL DE L'APPRENANT\* .....

Votre confirmation d'inscription vous est envoyée par courriel. Merci d'écrire lisiblement. Vos coordonnées sont utilisées par l'ADF uniquement dans le cadre de l'organisation et du déroulement de son congrès annuel

## A. Programme scientifique (cocher l'option choisie)

### CHIRURGIEN-DENTISTE

• Forfait hebdomadaire (Accès à toutes les séances du mardi au samedi)	Règlement AVANT le 31/07	Règlement AVANT le 13/11	Règlement APRÈS le 13/11
Chirurgiens-dentistes	549 € <input type="checkbox"/> P01	749 € <input type="checkbox"/> P02	899 € <input type="checkbox"/> P03
• Forfait journalier			
Mercredi 23 novembre 2022		399 € <input type="checkbox"/> P04	499 € <input type="checkbox"/> P07
Judi 24 novembre 2022		399 € <input type="checkbox"/> P05	499 € <input type="checkbox"/> P08
Vendredi 25 novembre 2022		399 € <input type="checkbox"/> P06	499 € <input type="checkbox"/> P09

### ASSISTANT(E) DENTAIRE (3)

• Forfait hebdomadaire (accès à toutes les séances du mardi au samedi) 359 €  K01

### ÉTUDIANT (1) Hors DU et CES

• Forfait hebdomadaire (accès à toutes les séances du mardi au samedi) 45 €  E01

### CHIRURGIEN-DENTISTE RETRAITÉ (2)

• Forfait hebdomadaire (accès à toutes les séances du mardi au samedi) 199 €  R01

### PROTHÉSISTE DENTAIRE

• Forfait hebdomadaire (accès à toutes les séances du mardi au samedi) 299 €  L01

Pièces à joindre obligatoirement :

(1) certificat de scolarité

(2) attestation justifiant votre statut de retraité

(3) attestation de l'employeur

**TOTAL A:** €

**B. Séances complémentaires : 201 € la séance** (cocher les séances choisies)

L'achat de ces séances complémentaires est subordonné à une inscription préalable à un forfait hebdomadaire.

- Ateliers de travaux pratiques :

Mercredi 23		Jeudi 24		Vendredi 25		Samedi 26	
9h/12h B15 <input type="checkbox"/>	14h/17h B27 <input type="checkbox"/>	9h/12h C42 <input type="checkbox"/>	14h/17h C53 <input type="checkbox"/>	9h/12h D66 <input type="checkbox"/>	14h/17h D78 <input type="checkbox"/>	9h/12h E90 <input type="checkbox"/>	
9h/12h B16 <input type="checkbox"/>	14h/17h B28 <input type="checkbox"/>	9h/12h C43 <input type="checkbox"/>	14h/17h C54 <input type="checkbox"/>	9h/12h D67 <input type="checkbox"/>	14h/17h D79 <input type="checkbox"/>	9h/12h E91 <input type="checkbox"/>	

- Atelier d'urgence :

Jeudi 24 9h/12h - 14h/18h C45

- Formation diplômante en radioprotection :

Jeudi 24 9h/12h C44

**TOTAL B:**

€

**TOTAL A PAYER (Total A+B):**

€

**Les modes de paiement**

Chèque bancaire (libellé à l'ordre de l'ADF)

Votre commande sera traitée dès réception de votre chèque par courrier postal

Virement (ceux-ci doivent être effectués net de frais et clairement identifiés)

Votre commande sera traitée dès réception de votre règlement sur notre compte bancaire

**Identification nationale de compte bancaire - RIB**

Code bancaire 30002    Indicatif 00438    N° de compte 000009069W    Clé RIB 61    Domiciliation CL PARIS ANJOU (00453)

**Identification internationale de compte bancaire - IBAN**

FR95 3000 2004 3800 0000 9069 W61

**Identification internationale banque – BIC (adresse SWIFT)** CRLYFRPP

Chèque bancaire/Virement émis à réception de notre facture

Chèque bancaire/Virement après « service fait » (post Congrès)

Réservé aux Collectivités territoriales – Organismes de sécurité sociale – Établissements publics de santé

Cadre réservé à l'administration de l'organisme payeur

Cachet et signature du responsable

**Vous êtes invités à prendre connaissance des conditions d'annulation et de remboursement sur le site [www.adfcongres.com](http://www.adfcongres.com)**



**ASSOCIATION  
DENTAIRE  
FRANÇAISE**

**ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE** 22 AVENUE DE LA GRANDE ARMÉE 75017 PARIS FRANCE / Tél + 33 1 58 22 17 10 / ADF@ADF.ASSO.FR  
 FACEBOOK.COM / ADFASSO @ADFASSO / N° SIRET 300 115 938 000 64 / CODE APE 8230Z / N° TVA INTRACOMMUNAUTAIRE FR34 300 115 938  
 Organisme de formation enregistré sous le numéro 11750701575 auprès du Préfet de la région IDF. Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État (article L. 6352-12 du code du travail)