

# Acte d'adhésion à la Convention Nationale des Chirurgiens Dentistes Libéraux

**Ce formulaire doit nous être impérativement retourné préalablement à votre début d'activité si vous désirez exercer sous le régime de la convention nationale liant les chirurgiens dentistes libéraux et l'Assurance Maladie**

**A retourner par lettre recommandée avec accusé de réception**

à la C.P.A.M. de l'Aube  
Pôle Santé / Prévention - Régulation RPS  
113 rue Etienne Pédron  
10030 TROYES Cedex

**Je soussigné (e) :**

Nom et Prénom :	.....
Adresse Professionnelle :	.....
Numéro ADELI :	.....
Numéro RPPS (le cas échéant) :	.....
Date de début d'activité :	.....

**Déclare :**

Adhérer à la Convention Nationale des chirurgiens dentistes libéraux	<input type="checkbox"/>
Ne pas adhérer à la Convention Nationale des chirurgiens dentistes libéraux	<input type="checkbox"/>

Fait à .....le.....

Signature :