

ADHÉSION À L'ADC

DU 1^{ER} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2026



ASSOCIATION
DENTAIRE
CANADIENNE

CANADIAN
DENTAL
ASSOCIATION

Nom : _____

COORDONNÉES

Adresse : _____

Ville : _____ Prov. : _____ C.P. : _____

Tél. : (_____) _____ Téléc. : (_____) _____

Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe : Homme Femme Autre | Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) ____/____/____

Numéro de permis : _____

Université : _____

Diplôme obtenu en : _____

Spécialité : _____

Université de la spécialité : _____

Diplôme de spécialité obtenu en : _____

Mode de communication préféré : Courriel Courrier postal

Langue de correspondance : Français Anglais

CHOIX DE PAIEMENT

DROITS D'ADHÉSION DE 547,25 \$ POUR 2026 + TPS (27,36 \$) + TVQ (54,59 \$) = 629,20 \$

1. Par chèque à : Association dentaire canadienne, 1815, promenade Alta Vista, Ottawa, ON K1G 3Y6

2. Par carte de crédit : Visa Mastercard American Express

Nom sur la carte : _____

N° de compte : ____/____/____/____ Date d'expiration : ____/____

OPTION DE RENOUELEMENT AUTOMATIQUE :

Oui, je souhaite profiter de l'option de renouvellement automatique. J'autorise l'ADC à renouveler mon adhésion automatiquement tous les ans en décembre pour l'année civile suivante en utilisant le numéro de carte de crédit et la méthode que j'ai fournie.

QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE VOUS AVEZ CHOISI D'ÊTRE MEMBRE DE L'ADC?

Adhrez à l'ADC en ligne à www.cda-adc.ca/adherer | Téléc. 1-877-523-7736 | n° TPS R106845209 n° TVQ 1213582093

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Traité par : _____

Date : _____ Téléc. : _____ Tél. : _____

Courriel : _____ N° de chèque : _____



J'aimerais participer à la campagne pour les adhésions au Québec et partager mon expérience en tant que membre affilié de l'ADC. (Votre témoignage pourrait être inclus dans les campagnes futures!)

www.cda-adc.ca | 1815, prom. Alta Vista, Ottawa, ON K1G 3Y6 | 613-523-1770