

# RENOUVELEZ VOTRE ADHÉSION

DU 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2024



ASSOCIATION  
DENTAIRE  
CANADIENNE

CANADIAN  
DENTAL  
ASSOCIATION

NOM : \_\_\_\_\_

N° DE L'ADC : \_\_\_\_\_

## COORDONNÉES AU DOSSIER

### MISE À JOUR S'IL Y A LIEU :

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Prov. : \_\_\_\_\_ C.P. : \_\_\_\_\_

Tél. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Télééc. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS AU DOSSIER

### MISE À JOUR S'IL Y A LIEU :

Sexe :  Homme  Femme

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 2024 + 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 RENOUVELLEMENT 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?

Adhérez à l'ADC en ligne à [www.cda-adc.ca/adherer](http://www.cda-adc.ca/adherer) | Téléc. 1-877-523-7736 | n° TPS R106845209 n° TQV 1213582093

## À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Traité par : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ N° de chèque : \_\_\_\_\_

