



**ADHÉSION PERSONNELLE À LA CONVENTION CONCLUE**

**entre  
LE COLLEGE DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE  
LA PRINCIPAUTÉ DE MONACO,  
d'une part,**

**et  
LA CAISSE DE COMPENSATION DES SERVICES SOCIAUX DE MONACO  
Et  
LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ACCIDENT ET MATERNITÉ  
DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS  
d'autre part,**

Je soussigné (e) .....

Nom de naissance ..... Né(e) le .....

Chirurgien – Dentiste inscrit à l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de .....

Exerçant à .....

Ayant reçu :

- un exemplaire mis à jour au 1er mars 1995 du texte de la Convention conclue entre le COLLEGE DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE MONACO et la CAISSE DE COMPENSATION DES SERVICES SOCIAUX, tel qu'approuvé par S.E.M. le Ministre d'Etat de la Principauté de Monaco,
- un exemplaire du texte de la Convention conclue le 7 février 1985 entre le COLLEGE DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE MONACO et la CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ACCIDENT ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS,

Reconnais avoir pris connaissance des termes de la Convention et affirme « les approuver personnellement sans aucune exception ni réserve ».

Je m'engage, en conséquence, « à observer en toute bonne foi les clauses et conditions desdites Conventions dans mes rapports avec la Caisse de Compensation des Services Sociaux, la Caisse d'Assurance Maladie Accident et Maternité des Travailleurs Indépendants et les bénéficiaires de leurs prestations ».

Le présent engagement est souscrit pour la durée des Conventions, sous réserve « de mon droit de le dénoncer à tout moment, moyennant un préavis d'un mois, par lettre recommandée adressée au Directeur de la C.C.S.S. et de la C.A.M.T.I. ».

Cachet et e-mail :

.....@.....

Date et Signature  
Précédées de la mention manuscrite  
« Lu et approuvé »