

# Appel de cotisation 2025

## Conseil d'administration

*Président*  
Jean-François Cuzin

*Président d'honneur*  
Nicolas Goossens

*Vice-Présidents*  
Robert Garcia  
Stéphanie Reveret

*Secrétaire générale*  
Lisa Truong Tan Trung

*Secrétaire adjointe*  
Mireille Guibert

*Trésorière*  
Soizic Bouchand

*Trésorière adjointe*  
Florence Pham

*Membre*  
Laurence Bouaziz

*J'adresse ma cotisation à*  
**SODF**  
**BP 16**  
**31530 Levignac**

[secretariat@lesodf.fr](mailto:secretariat@lesodf.fr)



06 44 10 45 56

Docteur ..... Spécialiste qualifié(e)

Adresse pro .....

Mail .....@.....



.....

Pour la représentativité dans les commissions paritaires, nous avons besoin de connaître votre effectif salarial y compris le personnel d'entretien :

➔ Nombre de salariés employés à titre individuel .....

N° SIRET individuel (14 chiffres) .....

➔ Salariés employés au titre d'une société

Nom de la SCM .....

N° SIRET (14 chiffres) ..... Nombre .....

Nom de la SELARL ou SELAS .....

N° SIRET (14 chiffres) ..... Nombre .....

☐ ODF - ODMF : 750 €

☐ Universitaire : 200 €

☐ Praticiens avec exercice limité à l'orthodontie, en cours de parcours de qualification : 750 €

☐ Retraité(e) : 100 €

☐ Interne (DES-ODF) avec Justificatif : 1 €

Cachet professionnel

Paiement par :

☐ Prélèvement annuel récurrent. Envoyez votre bulletin par mail et un Rib, un mandat de prélèvement vous sera transmis

☐ Virement (merci de préciser le nom du praticien)

**IBAN :** FR76 3000 4027 7600 0100 6374 057 **BIC :** BNPAFRPPXXX

☐ Chèque (adresse postale en bas à gauche)