



27 Rue du Colombier
45000 ORLEANS
Tel : 02.38.54.25.82

ASSOCIATION de GESTION AGREEE
Interdépartementale des Syndicats de Chirurgiens Dentistes
Agrément N°2-01-450 - Siret : 312 449 184 00026
Mail : agaiscd.direction@orange.fr
Fax : 02.38.54.98.93

BULLETIN D'ADHESION

Docteur :

Né(e) le :

Exerçant à :

Mode d'exercice :

Date de début d'activité libérale :

Profession :

Siret :

Déjà adhérent à une AGA : Non Oui

Si oui, coordonnées de celle-ci :

1) Reconnaiss avoir reçu et en avoir pris connaissance d'un exemplaire des statuts de l'association et un exemplaire du règlement intérieur annexé.

2) M'engage conformément aux dispositions de l'article 64 de la loi de finances pour 1977, N° 76-1232 du 29 décembre 1976, des décrets N°77-1519 et 77-1520 du 31 décembre 1977, et des décrets N°2016-1356 du 11/10/2016 à :

à me conformer aux recommandations qui seront diffusées par l'association et à celles concernant la tenue des documents prévue aux articles 99 et 101 bis du Code Général des Impôts,

à accepter le règlement des honoraires par cartes bancaires et/ou par chèques, libellés dans tous les cas à mon ordre, selon l'article 371 Y de l'annexe II du CGI.

à ne pas endosser les chèques qui me seront remis sauf pour remise à l'encaissement.

A informer les patients de ma qualité d'adhérent à une Association de Gestion Agréée, par l'apposition et mise en évidence d'un document, mentionnant le nom de l'AGAISCD. (Article 371 L -LA-LB du CGI)

3) M'engage également selon le cas

à fournir à l'association tous les éléments nécessaires à l'établissement des déclarations fiscales sincères et complètes,

à communiquer à l'association le montant du résultat imposable et l'ensemble des données utilisées pour la détermination de ce résultat.

4) Autorise l'association à communiquer à l'agent de l'administration fiscale qui apporte son assistance à l'association les renseignements et documents mentionnés ci-dessus et à venir, et notamment à télétransmettre toute donnée fiscale obligatoire.

5) M'engage, en qualité de professionnel de santé, à inscrire sur les feuilles de maladie, et/ou facture, ou de soins, conformément aux dispositions de l'article 1994 du Code Général des Impôts et du décret n° 72-480 du 12 juin 1972 et de l'article 371 Y de l'annexe du code des impôts l'intégralité des honoraires effectivement perçus même s'ils ne peuvent que partiellement donner lieu à remboursement pour les assurés

6) M'engage, en cas de démission de l'Association, à prévenir l'AGAISCD, avant le 15 novembre de l'année en cours, par une lettre de démission envoyée en recommandé avec accusé de réception, ou par mail ou remise en mains propres contre décharge.

7) Reconnaiss avoir pris connaissance des dispositions des l'article 1649 du CGI, 64 de la loi n° 76-1232 du 29 décembre 1976, du 29/12/2013 et des décrets d'application. (Consultable sur le site www.legifrance.gouv.fr)

IMPORTANT : La cotisation votée en AGO, est due du seul fait de l'adhésion et ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement.

A _____ ,
Le _____