



COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FŒTALE

Association Loi 1901 - SIRET 411 994 718 000 46 - NAF/APE : 7219Z
Déclaration d'activité sous le numéro 11755940775 auprès du préfet de région d'Ile-de-France
Organisme n° 1006 habilité à proposer des actions de DPC



BON DE COMMANDE

Formation éligible à une prise en charge - indemnisation ANDPC

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées et conservées dans un fichier informatisé. Elles sont transmises aux équipes en charge du suivi de vos demandes. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier ou supprimer. Vous pouvez également exercer votre droit de limitation du traitement et votre droit à la portabilité des données en nous contactant.

FORMATION

Intitulé de la formation	
Date	
Lieu	

PARTICIPANT

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	NOM :	PRENOM :
Date de naissance		Spécialité (Conseil de l'Ordre)	
N°RPPS (obligatoire)			
Adresse professionnelle			
Téléphone			
Email (obligatoire)			
<input type="checkbox"/> Je déclare pratiquer régulièrement l'échographie obstétricale, depuis au moins 1 an <input type="checkbox"/> Je déclare être titulaire du DIU d'échographie en Gynécologie-Obstétrique <input type="checkbox"/> Je déclare être inscrit(e) au cours de DIU d'échographie en Gynécologie-Obstétrique (année en cours) <i>Les médecins généralistes, les médecins spécialistes (gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, radiologie), et les sages-femmes, ayant obtenu leur diplôme à partir de 1997 doivent être titulaires du DIU d'échographie en gynécologie-obstétrique ou de son équivalent, ainsi qu'il est exigé par les textes réglementaires encadrant l'échographie obstétricale et fœtale (décret n°2017-702 du 2 mai 2017 et arrêté du 20 avril 2018).</i>			
<input type="checkbox"/> Médecin libéral (exercice libéral > 50%)		<input type="checkbox"/> Sage-femme libérale (exercice libéral >50%)	
<input type="checkbox"/> Médecin salarié en centre de santé conventionné		<input type="checkbox"/> Sage-femme salarié en centre de santé conventionné	
<input type="checkbox"/> Médecin hospitalier-salarié		<input type="checkbox"/> Sage-femme hospitalier-salarié	

PRIX DE LA FORMATION

Participant	<input type="checkbox"/> 300 € (non adhérent du CFEF)	<input type="checkbox"/> 250 € (adhérent du CFEF à jour de cotisation)
Prise en charge employeur	<input type="checkbox"/> Nous contacter (Convention) - CFEF non référencé DATADOCK/ QUALIOP1	
PRISE EN CHARGE ANDPC pour les libéraux		
Sont exclus de cette prise en charge ANDPC : les professionnels de santé salariés ou libéraux non conventionnés avec l'assurance maladie, les médecins de secteur 3, les remplaçants en libéral non installés, les retraités n'exerçant plus aucune activité.		
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Je suis éligible à une prise en charge ANDPC et je souhaite bénéficier de cette prise en charge		
=> Si oui, je m'inscris également à la session via mon compte personnel www.mondpc.fr		
Impérativement AVANT le 1 ^{er} jour de la session		
Votre chèque sera détruit à l'issue de votre participation à l'intégralité du DPC, en cas de prise en charge ANDPC		

La signature de ce bon de commande vaut acceptation des conditions générales de vente (cf 2^{ème} page)
Bulletin (+ chèque) à envoyer, complété et signé à l'adresse : CFEF - 3, impasse de la Chaloupe - 56670 RIANTEC

CACHET	DATE	SIGNATURE

