



# 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 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

<b>Intitulé de la formation</b>	<b>DPC – Format ELEARNING</b> - N° programme ANDPC : 10062325028 <b>Sécuriser l'examen de dépistage en échographie fœtale aux 3 trimestres de la grossesse. Episode 2 : la coupe de la fosse postérieure</b>
<b>Choisir 1 seule session</b> <small>Les inscriptions sont possibles en cours de session à la seule condition que la totalité du DPC soit réalisable dans les temps impartis de la session</small>	<input type="checkbox"/> <b>SESSION 24.005</b> : 08/03/2024 au <u>11/05/2024</u> + EPP 11/06/2024 au 11/07/2024 date de clôture <input type="checkbox"/> <b>SESSION 24.002</b> : 02/05/2024 au <u>5/07/2024</u> + EPP 5/08/2024 au 5/09/2024 date de clôture <input type="checkbox"/> <b>SESSION 24.003</b> : 01/09/2024 au <u>4/11/2024</u> + EPP 4/12/2024 au 31/12/2024 date de clôture ⚠ Programme à lire attentivement

## PARTICIPANT

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
<b>Date de naissance</b>		<b>Spécialité</b> (Conseil de l'Ordre)	
<b>N°RSP-Réseau</b> (obligatoire)		<b>N°RPPS</b> (obligatoire)	
<b>Adresse professionnelle</b>			
<b>Téléphone</b>			
<b>Email</b> (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) <small>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).</small>			
<input type="checkbox"/> Médecin libéral (exercice libéral > 50%) <input type="checkbox"/> Médecin salarié en centre de santé conventionné <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier-salarié		<input type="checkbox"/> Sage-femme libérale (exercice libéral >50%) <input type="checkbox"/> Sage-femme salarié en centre de santé conventionné <input type="checkbox"/> Sage-femme hospitalier-salarié	

## PRIX DE LA FORMATION

<b>Participant</b> <input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> <b>Prise en charge employeur</b> -> Nous contacter (convention) <small>(CFEF non référencé DATADOCK/ni QUALIOP)</small>
<b>PRISE EN CHARGE ANDPC pour les libéraux</b>	
<small>Sont exclus de cette prise en charge ANDPC : les <b>médecins radiologues</b>, 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.</small>	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <b>Je suis éligible à une prise en charge ANDPC et je souhaite bénéficier de cette prise en charge</b> => Si oui, je m'inscris également à la session via mon compte personnel <a href="http://www.mondpc.fr">www.mondpc.fr</a> Impérativement AVANT le 1 <sup>er</sup> jour de la session <b>Votre chèque sera détruit à l'issue de votre participation à l'intégralité du DPC, en cas de prise en charge ANDPC</b>	

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

<b>CACHET</b>	<b>DATE</b>	<b>SIGNATURE</b>
---------------	-------------	------------------

