COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FŒTALE

Association Loi 1901 – SIRET 411 994 718 000 38 – NAF/APE : 7219Z
N° déclaration d'activité : 52 44 05765 44 auprès du préfet de région des Pays de Loire
Organisme n° 1006 habilité à proposer des actions de DPC
Organisme Formateur FAF n° 269

BULLETIN D'INSCRIPTION

Prise en charge et indemnisation ANDPC triennale - 21 heures MAXIMUM

PARTICIPANT

❒ Madame ❒ Monsieur : **Nom** : ..... **Prénom** : .....

Date de naissance (obligatoire) : ..... Spécialité :.....

N°RPPS (obligatoire) :.....N°ADELI (obligatoire) :.....

Adresse professionnelle : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : .....Fax :.....

Email (obligatoire) : .....

❒ **Je déclare pratiquer régulièrement l'échographie obstétricale, depuis au moins 1 an**

❒ **J'exerce à titre libéral (>50%) et j'ai déjà un compte www.mondpc.fr**

❒ Médecin libéral :(>50%) *** ❒ Sage femme libéral(e) : (>50%) ***

*** **S'il s'agit de votre 1er DPC, rendez-vous sur www.mondpc.fr afin d'y créer votre compte pour être identifié et indemnisé par l'ANDPC, à défaut de quoi votre inscription ne sera pas validée**

❒ Médecin salarié en centre de santé ❒ Sage femme salarié en centre de santé

❒ Médecin hospitalier-salarié (>50%) ❒ Sage femme hospitalier-salarié (>50%)

FRAIS D'INSCRIPTION

Je m'inscris au DPC :

THEME : .....

DATE : ..... **LIEU** : .....

Je règle mes frais d'inscription par chèque, à l'ordre de FMC CFEF
Chèque rendu uniquement en cas de prise en charge ANDPC

MEDECIN	❒ 450 € (non membre du CFEF)	❒ 400 € (membre du CFEF à jour de cotisation)
SAGE FEMME	❒ 350 € (non membre du CFEF)	❒ 300 € (membre du CFEF à jour de cotisation)
EMPLOYEUR**	❒ 700 € (Prise en charge employeur -> envoi de convention sur demande	

Tout dossier d'inscription incomplet ou arrivé trop tard ne sera pas pris en compte.
Toute annulation à moins de 20 jours de la session présentielle entraînera l'encaissement du chèque de caution (sauf cas de force majeure justifié par courrier, fax ou mail)

ENGAGEMENT

❒ **Je m'engage à participer à l'intégralité du DPC. Je reconnais avoir été informé de la durée de cet engagement.**

❒ **J'ai bien pris note des conditions d'inscription en cas de non prise en charge par l'ANDPC**

Date : **Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »**

La non réalisation de l'UNE des 3 étapes obligatoires du DPC entraînera l'encaissement du chèque de caution ou du chèque d'inscription et la non validation de votre DPC

CFEF
13 rue d'Angers – 44110 CHATEAUBRIANT
Tél : 02 40 55 68 34 – Fax : 02 40 55 68 35 – Email : fmc@cfef.org