



# 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 - 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](http://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](http://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 : Etude échographique du placenta et du cordon : intérêt du 13<sup>ème</sup> cliché**

**DATE : Jeudi 30 mai 2019** ..... **LIEU : NOVOTEL TOUR EIFFEL – 75015 PARIS**

**Je règle mes frais d'inscription par chèque, à l'ordre de FMC CFEF**

**Chèque rendu uniquement en cas de prise en charge ANDPC**

**PARTICIPANT**     250 €

**EMPLOYEUR\*\***     (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 : 07 85 95 43 61 - Email : [fmc@cfef.org](mailto:fmc@cfef.org)