



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

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.

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

PARTICIPANT 450 € (non membre du CFEF) 400 € (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 : 07 85 95 43 61 - Email : fmc@cfef.org