COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FŒTALE

Association Loi 1901
N° déclaration d'activité : 52 44 05765 44 auprès du préfet de région des Pays de Loire
ODPC 1006 enregistré et évalué favorablement, habilité à dispenser des programmes de DPC
Organisme Formateur FAF n° 269

BULLETIN D'INSCRIPTION

❒ **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**

❒ Médecin libéral :(>50%)
❒ Médecin salarié en centre de santé
❒ Médecin hospitalier-salarié (>50%)**

❒ Sage femme libéral(e) : (>50%)
❒ Sage femme salarié en centre de santé
❒ Sage femme hospitalier-salarié (>50%)**

INSCRIPTION

Je m'inscris à la formation suivante :

THEME : ....……..

DATE : ..... **LIEU** : .....……..

Pièces à joindre au dossier : 1 chèque d'inscription à l'ordre de FMC CFEF

❒ 300 € (**MEDECIN non membre du CFEF**) / 250 € (**MEDECIN membre du CFEF à jour de cotisation)**
❒ 200 € (**SAGE FEMME non membre du CFEF**)/150 € (**SAGE FEMME** (**membre du CFEF à jour de cotisation**)

Tout dossier d'inscription incomplet ou arrivé trop tard ne sera pas pris en compte

Conditions d'annulation

Toute annulation doit être justifiée et confirmée par écrit (courrier, fax ou mail). Les retenues suivantes seront appliquées :

- Plus de 2 mois avant la formation : retenue de 10 % pour frais de dossiers
- Moins de 2 mois avant la formation : retenue de 30 % pour frais d'engagement
- Non participation à l'intégralité de la formation : retenue de 100 % sauf si le participant recrute son remplaçant ou présente un cas de force majeure justifié (certificat médical demandé).

Si le nombre de participants minimum n'est pas requis, l'organisme de formation se réserve le droit d'annuler la session dans un délai d'un mois et s'engage à restituer l'intégralité des sommes versées par le participant.

ENGAGEMENT

❒ **Je m'engage à participer à l'intégralité de la formation présentielle**

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

Toute absence partielle ou totale à la session présentielle, non justifié, entraînera l'encaissement de votre chèque d'inscription

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