



# COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FŒTALE

Association Loi 1901 – SIRET 411 994 718 000 46 – 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

## BULLETIN D'INSCRIPTION

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

Médecin libéral (>50%)

Sage femme libéral(e) (>50%)

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 à la formation suivante :

**THEME** : .....

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

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

**PARTICIPANT**  300 € (non membre du CFEF)  250 € (membre du CFEF à jour de cotisation)

**EMPLOYEUR\*\***  (Prise en charge employeur -> envoi de convention sur demande)

#### CONDITIONS D'ANNULATION

**Toute annulation doit être justifiée et confirmée par écrit (mail). Elle entraînera les frais de retenue suivants :**

- Plus de 2 mois avant la formation -10 % pour frais de dossier

- Moins de 2 mois avant la formation -30 % pour frais d'engagement

- Non participation à l'intégralité de la formation -100 % sauf si le participant présente un cas de force majeure justifié (certificat médical demandé)

En cas de nombre insuffisant de participants, 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 non justifiée à la session présentielle entraînera l'encaissement de votre chèque d'inscription**

#### ADRESSE POSTALE

CFEF - 119 Les Bordeaux - 44170 TREFFIEUX  
Tél : 07 85 95 43 61 - Email : fmc@cfeff.org