



# COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FOETALE

Association Loi 1901 – SIRET 411 994 718 000 46 – NAF/APE : 7219Z

Déclaration d'activité sous le numéro 11755940775 auprès du préfet de région d'Ile-de-France

Organisme n° 1006 habilité à proposer des actions de DPC

## BULLETIN D'INSCRIPTION MASTERCLASSE

Formation éligible à une prise en charge FAF (médecins libéraux) – <https://www.fafpm.org>

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.....PRENOM.....

Date de naissance (obligatoire).....Spécialité (Conseil de l'Ordre).....

N°RPPS (obligatoire).....

Adresse professionnelle.....

CP.....Ville.....

Tél.....

Email (obligatoire).....

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

*Les médecins généralistes, les médecins spécialistes (gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, radiologie), et les sages-femmes, ayant obtenu leur diplôme à partir de 1997 doivent être titulaires du DIU d'échographie en gynécologie-obstétrique ou de son équivalent, ainsi qu'il est exigé par les textes réglementaires encadrant l'échographie obstétricale et fœtale (décret n°2017-702 du 2 mai 2017 et arrêté du 20 avril 2018).*

Médecin libéral (exercice libéral > 50%)

Sage-femme libérale (exercice libéral >50%)

Médecin salarié en centre de santé

Sage-femme salarié en centre de santé

Médecin hospitalier-salarié

Sage-femme hospitalier-salarié

### FRAIS D'INSCRIPTION

Je m'inscris à la MASTERCLASSE :

Thème.....

Date.....Lieu.....

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

Participant  300 € (non adhérent du CFEF)  250 € (adhérent du CFEF à jour de cotisation)

Employeur  Prise en charge → envoi de convention sur demande (CFEF non référencé DATADOCK/QUALIOP)

L'absence partielle ou totale à la formation entraînera l'encaissement du chèque d'inscription (sauf cas de force majeure justifié par mail)

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.

**Le CFEF se réserve le droit de transformer une formation présentielle en format distanciel (au plus tard 1 mois avant la formation)**

### ENGAGEMENT

Je m'engage à participer à l'intégralité de la MASTERCALSSE.

J'ai bien pris note des conditions d'annulation

Date :

Signature :

#### Adresse de correspondance

CFEF – 3 Impasse de la Chaloupe – 56670 RIANTEC

Tél : 07 85 95 43 61 – Email : [fmc@cfef.org](mailto:fmc@cfef.org)

Siège social : 128 rue de la Boétie Lot 41 – 75008 PARIS