

Bulletin d'inscription 2014 - 2015

A retourner par courrier à :



FORMATION MEDICALE Sarl 16 Rue Philisbourg 91800 BRUNOY

Mes coordonnées : Le :

Nom : Prénom :

Généraliste Spécialiste Autre :

Adresse complète :

..... Code FINESS :

Code postal : Ville :

Tél professionnel : Fax :

Tél portable : e mail :

Spécialité : Date de naissance :/...../.....

Je souhaite m'inscrire aux formations :

Programmes	Dates :	Lieux
		Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF)

Pour m'inscrire, je vous transmets :

- Un chèque de caution de 100€ qui sera restitué le 2^{ème} jour de la formation
- Une feuille de soin annulée (Cerfa), par séminaire
- Pour les médecins non installés, la copie du contrat d'un remplacement
- Pour les médecins installés depuis moins d'un an, une attestation d'enregistrement de leur nouvelle activité auprès de l'URSSAF
- J'ai bien noté que, **FORMATION MEDICALE**, se réserve le droit de confirmer le ou les séminaires, jusqu'à 10 jours avant la date de réalisation et qu'aucun frais d'hébergement n'est pris en charge.

Nous vous engageons vivement à ne prendre vos dispositions pour le transport et l'hébergement qu'après avoir reçu votre confirmation d'inscription. Car, en cas d'annulation, aucun frais engagé avant réception de ladite confirmation, ne sera remboursé.

Engagement des médecins

DPC 2014 – 2015

Je soussigné,

Docteur

Adresse professionnelle

.....
.....
.....
.....

Déclare être inscrit comme participant à un programme de développement professionnel continu, intitulé :

.....
.....

Organisé par la société **FORMATION MEDICALE**

Organisme habilité à dispenser des programmes de DPC sous le numéro 3525.

Ce programme a l'ambition de développer une démarche qualité dans l'amélioration de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. (Arrêté du 26 février 2013)

Il suppose un investissement à long terme de la part du promoteur du programme, mais aussi de la part de tous les participants médecins libéraux.

Conscient de cette nécessité, je prends l'engagement auprès de la société **FORMATION MEDICALE**, de participer à l'intégralité du programme mis en place.

Je reconnais avoir été informé par la société **FORMATION MEDICALE** de la durée de cet engagement, et de l'ensemble des actions à mener au cours de ce programme et de son suivi.

Si je devais néanmoins abandonner ce programme avant son terme, je présenterais à l'organisme les raisons de mon départ.

Fait à :

Le :

Cachet, signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »