



DEMANDE D'ACCORD DE PRISE EN CHARGE

HORS DPC MÉDICAL

01 | ÉTABLISSEMENT

EXERCICE	NOM ÉTABLISSEMENT
NUMÉRO DE DOSSIER	
DATE CME*	AVIS CME* (cocher la case) FAVORABLE <input type="checkbox"/> DÉFAVORABLE <input type="checkbox"/>

*champs facultatifs

02 | ORGANISME

N° DE SIRET	N° NDA	ET/OU N°ODPC
SIGLE		
NOM OU RAISON SOCIALE	STATUT JURIDIQUE	
ADRESSE		
CODE POSTAL	VILLE	TEL
SITE INTERNET (facultatif)		

03 | FORMATION HORS DPC

1 INTITULÉ DE LA FORMATION			
<hr/>			
2 DATE ET LIEU			
DATE DÉBUT	DATE FIN	DURÉE (en heures)	LIEU
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
3 PARTICIPANT			
N° RPPS (facultatif)	NOM	PRÉNOM	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	
SPÉCIALITÉ DU PRATICIEN	GRADE		
<hr/>	<hr/>		

4 FRAIS			
COÛT	PÉDAGOGIE	DÉPLACEMENT	TOTAL
N	<hr/>	<hr/>	<hr/>
N + 1	<hr/>	<hr/>	<hr/>
N + 2	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Date :

J'atteste que le professionnel de santé médical est inscrit à la formation mentionnée.

Le directeur