



# 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

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

<b>4   FRAIS</b>			
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