



DEMANDE GROUPEE D'ACCORD DE PRISE EN CHARGE

HORS DPC MÉDICAL

01 | ÉTABLISSEMENT

EXERCICE	NOM ETABLISSEMENT
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

.....

2 | DATE ET LIEU

DATE DÉBUT	DATE FIN	DURÉE (en heures)	LIEU
.....
.....

3 | FRAIS

COÛT	PÉDAGOGIE	DÉPLACEMENT	TOTAL
N
N + 1
N + 2

4 | RENSEIGNEMENTS PARTICIPANTS

N° RPPS

NOM

PRÉNOM

SPÉCIALITÉ ET GRADE

N° RPPS	NOM	PRÉNOM	SPÉCIALITÉ ET GRADE

Date :

J’atteste que les professionnels de santé médical
sont inscrits à la formation mentionnée.

Le directeur