



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		

SI L'ORGANISME N'A NI N°SIRET/N°ODPC/N°NDA - RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT LES RUBRIQUES CI-DESSOUS :

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 | PARTICIPANT

N° RPPS (facultatif)	NOM	PRÉNOM
.....

SPÉCIALITÉ DU PRATICIEN

.....

4 | FRAIS

COÛT	PÉDAGOGIE	DÉPLACEMENT	TOTAL
N
N + 1
N + 2

Date :

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

Le directeur