



FONDS D'ASSURANCE FORMATION
DE LA PROFESSION MÉDICALE
11 Boulevard de Sébastopol - 75001 PARIS
01 49 70 85 40



DEMANDE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE

Bordereau remplissable en ligne à dater et signer et à adresser, par voie postale au FAF-PM,
à retourner **30 jours** suivant la fin de la formation

- Seuls les **frais pédagogiques** sont pris en charge à l'exclusion notamment des frais de transport, d'hôtellerie ou de restauration.
- Les **organismes de formation** doivent **impérativement** être identifiés avec leurs coordonnées postales.
- Les **organismes de formation** doivent fournir leur **numéro de déclaration d'activité** délivré par la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE).

Veillez à prendre connaissance des règles de prise en charge en vigueur (www.fafpm.org)

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Généraliste

Spécialiste

Préciser la spécialité :

N° SIRET : L L L L L L L L L L L L L L

Il figure sur votre attestation URSSAF de versement de la cotisation pour la formation professionnelle

FORMATION SUIVIE :

INTITULÉ :

Date de début de la formation

Date de fin de la formation

Nombre de jours effectifs

- La **date de fin de formation** est la date de fin des cours sur la base d'une attestation de présence (sans attendre la délivrance d'un diplôme, la fin d'un stage pratique ou la soutenance d'un mémoire ou d'une thèse). Elle marque le **point de départ du délai impératif de 30 jours** qui vous est accordé pour que votre dossier complet arrive au FAF-PM.
- Les modules successifs d'un programme de formation ne peuvent être payés séparément si la participation à l'ensemble du programme est requise.

COÛT DE LA FORMATION :

LIEU DE LA FORMATION :

Code Postal :

Ville :

ORGANISME DE FORMATION

Dénomination :

Adresse postale :

Code Postal :

Ville :

Numéro de déclaration d'activité de l'organisme formateur enregistré auprès du Préfet de région (DIRECCTE)

L L L L L L L L L L L L

PIÈCES A FOURNIR EN COMPLEMENT DE CE BORDEREAU

Validation

Attestation (photocopie) de versement de la contribution à la formation professionnelle (CFP) délivrée par l'URSSAF, sous le code **8621Z, 8622A, 8622B ou 8622C (*)**, l'année de la formation au titre de l'exercice précédent N-1 (par dérogation celle délivrée l'année précédente soit N-1 au titre de l'exercice N-2).

Les appels de cotisation et les échéanciers de règlements fractionnés ne sont pas valables.

Programme selon la cas de l'action de formation ou du congrès professionnel

Convention, bon de commande ou devis, délivré par le prestataire, prévus à l'article L.6353-1 (sauf pour les congrès professionnels)

Facture nominative acquittée

Attestation de présence nominative établie délivrée selon le cas, par l'organisme de formation ou par l'organisateur du congrès professionnel

Relevé du temps de connexion pour l'action de formation réalisée en tout ou partie à distance!

Relevé d'identité Bancaire (RIB)

Courrier motivé du médecin libéral pour demander la prise en charge individuelle à cette action de formation spécifique

J'atteste sur l'honneur que la formation sus-citée

n'a fait l'objet d'aucun financement par un

quelconque autre organisme

Cachet - Date et Signature obligatoire du Médecin demandeur