



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 **15 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** enregistrés sur le territoire français 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).

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 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 qu'il soit nécessaire d'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 payés séparément sont considérés comme des formations indépendantes dès lors que la participation à l'ensemble du programme n'est pas 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 (11 chiffres) de l'organisme formateur délivré par la DIRECCTE

*(ceci ne concerne pas les universités ou les congrès organisés par des organismes étrangers)*

└ └ └ └ └ └ └ └ └ └ └ └

### 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 (à défaut 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.**

*(\*) Si ce n'est pas le cas et que vous êtes néanmoins médecin exerçant à titre libéral, vous pouvez en demander la rectification en vous adressant à la Direction Régionale de l'INSEE dont vous dépendez ([www.insee.fr](http://www.insee.fr) rubrique « FAQ / mon code APE ne correspond pas (ou plus) à mon activité »).*

**Programme de la formation**

**Attestation d'acquittement des frais pédagogiques ou d'inscription** (congrès professionnels) délivrée par la structure responsable de l'organisation logistique

*Seuls les documents attestant d'un paiement effectif sont acceptés, excluant les factures non acquittées, devis et autres relances de paiements.*

**Attestation de présence** délivrée par la structure responsable de l'organisation logistique

**Lettre de motivation** pour toute formation en langue **étrangère ou régionales**

**Relevé d'Identité Bancaire**

***J'atteste sur l'honneur que la formation sus-citée n'a fait l'objet d'aucun financement par un quelconque autre organisme***

***Date et Signature obligatoire du Médecin demandeur***