

SECTION SANTÉ



DEMANDE PRÉALABLE DE PRISE EN CHARGE D'UNE ACTION DE FORMATION

sous réserve d'acceptation par la Commission Professionnelle, selon les critères de prise en charge de la profession concernée.

Toute demande reçue après la date du dernier jour de formation (cachet de réception faisant foi) sera systématiquement refusée.

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL LIBÉRAL

CODE SIRET PERSONNEL DU PARTICIPANT A LA FORMATION | | | | | | | | | | | | | | | |
(14 chiffres à demander à l'INSEE de votre région)

NOM DE VOTRE STRUCTURE

NOM DU PARTICIPANT.....PRÉNOM NÉ (E) LE..... SEXE H F

PROFESSIONPHARMACIEN..... CODE NAF | | | | | | | |

ADRESSE CODE POSTAL | | | | | |

VILLE TÉL. PORT. FAX

ASSUJETTI À LA TVA NON ASSUJETTI À LA TVA

AUTO-ENTREPRENEUR

E-MAIL@.....

ORGANISATION DU STAGE

INTITULÉ DE LA FORMATION

ORGANISME DE FORMATIONPHARMAGUIDEUR.....

NUMERO DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ DE L'ORGANISME | 9 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 8 | 6 | 9 | 1 | 1 | 3 |

NOMBRE DE JOURS ENTIERS + NOMBRE DE DEMI-JOURNÉES

DATE DE DÉBUT DE STAGE | | | | | | | | DATE DE FIN DE STAGE | | | | | | | |

NOMBRE D'HEURES DE FORMATION

DANS L'ENTREPRISE DANS UN CENTRE DE FORMATION FORMATION À DISTANCE / E-LEARNING

ADRESSE

CODE POSTAL | | | | | | | | VILLE

Seules sont éligibles les formations d'une durée minimale de 6 h sur une journée ou cycle de 6 h par module successif de 2 h minimum

COÛT FACTURÉ PAR L'ORGANISME DE FORMATION

MONTANT H.T. MONTANT T.T.C.exonéré TVA pour formation professionnelle..

PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE

(format A4 obligatoire)

- Devis de l'organisme de formation ou convention de stage
- Programme détaillé de la formation
- Photocopie de l'attestation de versement de la contribution à la formation professionnelle (URSSAF) ou attestation d'exonération de cette contribution (à réclamer à votre caisse URSSAF si cette attestation ne vous a pas été adressée)
- Relevé d'identité bancaire

PIÈCE À FOURNIR À LA FIN DU STAGE

(format A4 obligatoire)

Dès la fin du stage et **après réception de l'accord de prise en charge vous indiquant le n° de dossier** à rappeler impérativement, transmettez-nous le document suivant :

- Attestation de présence et de règlement (jointe à ce formulaire) à faire compléter impérativement par l'organisme de formation

Le cas échéant :

- Photocopie de la facture acquittée par l'organisme de formation précisant l'intitulé, les dates de formation, les nom et prénom du ou des participant(s)
- Photocopie de l'attestation de présence précisant l'intitulé, les dates de formation, les nom et prénom du ou des participant(s)

Faute d'avoir reçu ce document dans les 2 mois suivant la fin de la formation, le dossier sera annulé et ne donnera lieu de ce fait à aucun paiement.

A : Le :

Signature du demandeur



SECTION SANTE

Yann CREPET	Tél. 01 55 80 50 19
8690 EK Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs 8690 DS Sages-Femmes	
Sandrine FAGE	Tél. 01 55 80 50 16
Guillaume LE BRUN	Tél. 01 55 80 50 20
Kevin BOURRE	Tél. 01 55 80 50 42
8623 ZD Chirurgiens-Dentistes	
Bruno LAMAGAT	Tél. 01 55 80 50 36
8690 DI Infirmiers 8690 EP Pédicures-Podologues	
Michelle MONTEBAULT	Tél. 01 55 80 50 02
4773 ZP Pharmaciens 8690 FD Diététiciens 8610 ZH Activités Hospitalières	
Irène HAMELIN	Tél. 01 55 80 50 31
7500 ZV Vétérinaires 8690 ER Orthoptistes 8690 BL Biologistes	
Ana CARDOSO	Tél. 01 55 80 50 17
8690 EO Orthophonistes	

ATTENTION

SI VOUS AVEZ UN CODE GÉRANT (6420 Z ou 7010 Z), VEUILLEZ IMPÉRATIVEMENT JOINDRE UN JUSTIFICATIF INSEE DU CODE NAF DE VOTRE ENTREPRISE.



Veuillez attendre notre accord de prise en charge vous indiquant votre numéro de dossier avant de nous adresser ce document

N° dossier FIF PL :

(à compléter par le stagiaire)



ATTESTATION DE PRÉSENCE ET DE RÈGLEMENT

(document à compléter par l'organisme de formation)

Conformément à la loi « informatique et liberté » du 06 janvier 1978 (n°78-17) article 34, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données portées dans nos fichiers

ATTESTATION DE PRÉSENCE

Je soussigné Fonction

(nom du responsable de l'organisme de formation + fonction exacte)

de l'organisme de formation

(dénomination de l'organisme de formation)

déclaré en tant qu'organisme formateur sous le n° / / / / / / / / / / / / / / /

(11 chiffres)

certifie par la présente que le stagiaire :

Nom et prénom du stagiaire

a bien assisté à la totalité de la formation intitulée :

(indiquer l'intitulé exact de la formation)

qui s'est déroulée du / / au / /

(indiquer la date de début et de fin de formation)

Nombre de jours entiers + nombre de demi-journées

(6 heures minimum) (4 heures minimum)

Nombre total d'heures de formation

ATTESTATION DE RÈGLEMENT

J'atteste également que le stagiaire stipulé ci-dessus a bien réglé la totalité de sa participation à la formation précitée, soit **un montant total de** € HT et € TTC, correspondant uniquement au coût pédagogique de la formation.

Fait à, le

Cachet obligatoire de l'organisme de formation

Nom, prénom et signature du responsable de l'organisme de formation

Ce document est disponible sur le site www.fifpl.fr



www.fifpl.fr

