

DEMANDE GROUPEE D'ACCORD DE PRISE EN CHARGE DPC MÉDICAL

V7-05/2014

01 | ÉTABLISSEMENT

EXERCICE NOM ÉTABLISSEMENT

NUMÉRO DE DOSSIER

DATE CME* AVIS CME* (cocher la case) FAVORABLE DÉFAVORABLE

*champs facultatifs

02 | ORGANISME DPC

N° DE SIRET N° ENREGISTREMENT OGDPC

SIGLE

03 | PROGRAMME DPC

1 | CONTENU DU PROGRAMME (COCHER LA CASE)

PROGRAMME DÉPOSÉ SUR LA PLATEFORME DE L'OGDPC - COMPLÉTER UNIQUEMENT LE NUMÉRO DE PROGRAMME ET L'INTITULÉ PRIS SUR LE SITE DE L'OGDPC

N° PROGRAMME **INTITULÉ DU PROGRAMME DPC**

PROGRAMME NON DÉPOSÉ SUR LA PLATEFORME DE L'OGDPC - UNIQUEMENT DANS CE CAS COMPLÉTER LES INFORMATIONS CI-DESSOUS

INTITULÉ DU PROGRAMME DPC

PARTIE **COGNITIVE** MÉTHODE HAS ORIENTATION NATIONALE

INTITULÉ

PARTIE **ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES** MÉTHODE HAS

INTITULÉ

2 | DATE ET LIEU

| | DATE DÉBUT | DATE FIN | DURÉE (en heures) | LIEU |
|-------------------------|------------|----------|-------------------|-------|
| PARTIE COGNITIVE | | | | |
| PARTIE APP | | | | |

3 | PARTICIPANTS

NOMBRE DE PARTICIPANTS

COMPLÉTER LA PAGE SUIVANTE

4 | FRAIS

| COÛT | PÉDAGOGIE | DÉPLACEMENT | TEMPS MÉDICAL DPC * | TOTAL |
|-------|-----------|-------------|---------------------|-------|
| N | | | | |
| N + 1 | | | | |
| N + 2 | | | | |

* La prise en charge du temps médical DPC est conditionnée par le remplacement effectif du professionnel concerné.

