

**Traitement médical de l'homme infertile
(Mercredi 22 janvier 2020)**

Nom de naissance :

Prénom :

Nom marital :

Né(e) le :

Adresse professionnelle :
(n°, bât., rue, code postal, ville)

Téléphone :

Courriel :

A préciser pour les médecins et les pharmaciens

Profession :

Spécialité :

Mode d'exercice dominant : Libéral Salarié (y compris hospitalier)

Numéro RPPS ou ADELI :

Prise en charge employeur : Oui Non

Date d'inscription :

PROGRAMME DE DPC N°1296200010 « TRAITEMENT MÉDICAL DE L'HOMME INFERTILE »

A compléter par le PROFESSIONNEL DE SANTE SALARIE

NOM DE NAISSANCE : NOM MARITAL :
Prénoms :
Né(e) le : à : Nationalité :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone : Courriel :@

**A compléter impérativement par L'EMPLOYEUR OU L'ORGANISME
PRENANT EN CHARGE LA FORMATION**

NOM de l'entreprise ou de l'organisme :
.....
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone : Courriel : @
N° SIRET : Code APE :

Je soussigné(e), M.....
Directeur de l'entreprise ou de l'organisme, m'engage à prendre en charge les frais de formation de :
M.....
dans le cadre du **Programme de DPC** intitulé : Traitement médical de l'homme infertile
dont le montant s'élève à : **600 euros**

Fait à, le

Signature du Directeur de l'entreprise ou de l'organisme :

(Cachet obligatoire de l'organisme)

Attention : Aucun chèque n'est à joindre à ce document.

A réception de cet engagement, une convention de formation continue vous sera adressée pour signature.
Le montant engagé devra être directement réglé à l'Agent Comptable AMU, après réception de la facture.