

## BULLETIN D'INSCRIPTION 2024

Veillez compléter ce bulletin recto verso en lettres majuscules

### AMELIORATION DE LA PREVENTION, DU DEPISTAGE, DU DIAGNOSTIC ET DE LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS DE LA FEMME

Jeudi 23 mai 2024 - CONGRES BIOMED J

Palais des congrès de Paris – 2 place de la Porte Maillot - 75017 PARIS

**525 euros**

**DPC N° 17472325003**

Le programme détaillé de la formation, ainsi que les objectifs, sont décrits dans la fiche descriptive de la formation (A-R05-PBQ-ENR-010)

#### COORDONNEES PERSONNELLES DU PARTICIPANT :

Nom : ..... Nom de naissance (si différent) : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

#### Adresse POSTALE **complète d'exercice principal**

Etablissement : .....

Service : .....

Nom de voie : .....

B.P. / Lieu-dit : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**Email personnel (OBLIGATOIRE) :** .....

*Ne pas indiquer d'adresse générique ou globale du laboratoire : celle-ci sera utilisée pour vous adresser toutes les informations relatives à votre formation (convocation, rappel séance, évaluation à froid, ...)*

**Mobile (OBLIGATOIRE) :** .....

Téléphone : ..... FAX : .....

#### PROFESSION :

médecin biologiste       pharmacien biologiste

#### MODE D'EXERCICE DOMINANT (> 50 %) :

salarié       libéral       mixte       service de santé des armées

**N° RPPS :** ..... **ou N° ADELI :** .....

*A remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI (arrêté du 27 mai 1998 – journal officiel du 17 juillet 1998)*

**JE SOUHAITE QUE CE PROGRAMME SOIT PRIS EN CHARGE PAR L'AGENCE DU DPC.**

*Vous devez aussi vous inscrire sur [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr) en parallèle de l'envoi de ce bulletin.*

**JE SOUHAITE RECEVOIR UNE CONVENTION DE FORMATION POUR LA PRISE EN CHARGE DE CET ENSEIGNEMENT AU TITRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE.**

#### **Etés-vous en situation de handicap ?**

Oui       Non

Pour toute personne en **situation de handicap**, merci de nous contacter au 04 72 65 34 90 ou par mail à [formation@probioqual.com](mailto:formation@probioqual.com).

Date limite d'inscription = 20/05/2024  
Attention : Nombre de places limitées

TITRE DE LA FORMATION

CONDITIONS GENERALES DE VENTE

**OBJET ET CHAMP D'APPLICATION**

Suite à l'inscription à une formation le client accepte sans réserve les présentes conditions générales de vente qui prévalent sur tout autre document.

**TARIFS**

Les prix indiqués dans le présent document sont nets (TVA non applicable - article 261 du code général des impôts). Toute formation commencée est due en totalité. L'acceptation de PROBIOQUAL étant conditionnée par le règlement intégral avant le début de la prestation (hors cas particulier des laboratoires publics). PROBIOQUAL se réserve expressément le droit de ne pas délivrer la prestation au client tant que la totalité de la prestation n'aura pas été réglée dans les conditions prévues.

**ANNULATION**

- Si le nombre de participants est jugé pédagogiquement insuffisant, PROBIOQUAL se réserve le droit de reporter ou d'annuler la session. Les participants ainsi que leur service de formation et l'organisme paritaire seront prévenus au plus tard 15 jours avant la date de la session.  
- En cas d'annulation par le contractant dans les 15 jours avant le début de la formation, PROBIOQUAL facturera un débit de 50% du coût de la formation au contractant. En l'absence d'annulation dans les 3 jours et en cas de non présentation le jour de la formation, PROBIOQUAL facturera l'intégralité du coût de la formation au contractant.

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

Une prise en charge financière ne peut être effectuée que si le participant a satisfait aux critères définis par l'organisme financeur. En cas de non-respect des critères, PROBIOQUAL facturera l'intégralité du coût de la formation au contractant.

✓ **Prise en charge par un OPCA** (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) :

- le participant doit faire une demande de prise en charge à l'OPCA avant le début de la formation et s'assurer de l'acceptation de sa demande,
- l'employeur du participant doit régler la formation directement à PROBIOQUAL,
- le participant transmet ensuite à l'OPCA l'attestation de formation et la facture pour remboursement de son employeur.

✓ **Prise en charge par l'ANDPC** :

- le participant doit s'inscrire sur [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr) avant le début de la formation,
- le règlement de la formation est effectué directement par l'ANDPC à PROBIOQUAL.

✓ **Prise en charge le FIFPL** :

- le participant doit faire une demande de prise en charge au FIFPL avant le début de la formation et s'assurer de l'acceptation de sa demande,
- le participant doit régler la formation directement à PROBIOQUAL,
- le participant transmet ensuite au FIFPL l'attestation de formation spécifique complétée par PROBIOQUAL pour être remboursé.

**CLAUSE LIMITATIVE DE RESPONSABILITE**

Dans tous les cas, la responsabilité de PROBIOQUAL sera limitée au prix payé par le contractant. En cas de force majeure, PROBIOQUAL ne peut être tenu responsable de l'inexécution de ses obligations.

**LITIGE**

Les présentes conditions générales de vente sont soumises au droit français. Tous les litiges relatifs à la relation commerciale sont soumis à la compétence non exclusive des juridictions françaises et du Tribunal de Commerce de Lyon.

**PROTECTION DES DONNEES ET RGPD**

Le Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) est entré en vigueur à la date du 25 mai 2018. PROBIOQUAL a modifié sa politique de confidentialité pour en tenir compte. Nous vous invitons à lire nos mentions légales ainsi que notre politique de confidentialité sur notre site internet sécurisé.

**MODALITES DE REGLEMENT**

Les modes de règlement en vigueur sont le chèque bancaire à l'ordre de PROBIOQUAL ou le virement bancaire à CCP LYON IBAN : FR70 20041 01007 0663730U038 65 / BIC : PSSTFRPPLYO

Retournez le bulletin d'inscription par email : [formation@probioqual.com](mailto:formation@probioqual.com) ou par courrier, accompagné du chèque ou de l'attestation de votre banque certifiant le virement. Votre inscription ne sera confirmée qu'après réception du paiement. Vous recevrez une facture acquittée.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Règlement par chèque   | <input type="checkbox"/> Prise en charge par l'ANDPC (inscription obligatoire sur <a href="http://www.mondpc.fr">www.mondpc.fr</a> ) |
| <input type="checkbox"/> Règlement par virement | <input type="checkbox"/> Autre : .....   |

**ADRESSE DE FACTURATION si DIFFERENTE**

Etablissement : .....  
Service : .....  
Nom de voie : .....  
B.P. / Lieu-dit : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....

**Date + Nom du responsable avec mention « bon pour accord » :**

.....