



à retourner



AFML

22 rue Vaugelas - 75015 PARIS

## 1 Je remplis | Informations obligatoires pour toute inscription !

Vous êtes :  Médecin  Salarié  Libéral  Retraité actif  Retraité non actif

Spécialité : \_\_\_\_\_

n° RPPS : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

n° Adéli : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

n° Siret : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Né(e) le : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

M.  Mme  Dr  Pr

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

CP : | | | | | | | |

Ville : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél. mobile : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_

Vous êtes adhérent du SML :  non  oui ▶ n° adhérent : | | | | | | | | *Frais d'inscription offerts aux adhérents SML / valeur 35€*

## 2 Je sélectionne la ou les formations de mon choix | Adhésion offerte pour 2 inscriptions simultanées : valeur 35€

Intitulé ou référence du programme : \_\_\_\_\_

date(s) du séminaire : \_\_\_\_\_ lieu : \_\_\_\_\_

Intitulé ou référence du programme : \_\_\_\_\_

date(s) du séminaire : \_\_\_\_\_ lieu : \_\_\_\_\_

Intitulé ou référence du programme : \_\_\_\_\_

date(s) du séminaire : \_\_\_\_\_ lieu : \_\_\_\_\_

## 3 Je m'engage à | Documents obligatoires pour toute inscription

- 1  Transmettre un chèque d'adhésion à l'AFML de 35 € pour toute l'année 2017 (*Sauf si je m'inscris à 2 formations simultanément*)  
 Transmettre un chèque de caution de 180 € à valoir pour l'année 2017 (*Restitution en fin d'année, sauf utilisation à titre de dédommagement des frais engagés en cas d'un désistement 8 jours avant le séminaire ou en cas de non-participation à l'intégralité du séminaire*).

### 2 si → DPC

- Mon compte est déjà créé  
 ou  Créer mon compte sur [mondpc.fr](http://mondpc.fr)  
 ou  Autoriser l'AFML à créer mon compte sur [mondpc.fr](http://mondpc.fr) et joindre mon RIB au présent bulletin. (*obligatoire pour percevoir l'indemnisation*)

**Info\*** : [Ce compte est personnel](#) (*mot de passe + identifiant*)

Il vous permet de gérer :

- vos demandes d'inscription à vos sessions
- vos confirmations d'inscription faites par l'AFML
- de suivre l'état de vos indemnisations de l'ANDPC

### si → FAF

- Joindre une photocopie de l'attestation de versement de la contribution à la formation professionnelle délivrée par l'U.R.S.S.A.F en 2016 ou en 2017 au titre respectivement de votre activité en 2015 ou 2016.  
*En cas d'inscription d'un conjoint collaborateur, vous devez fournir ce même document sur lequel doit figurer le conjoint collaborateur (celui-ci vous sera transmis par l'U.R.S.S.A.F. sur demande).*  
 Pour les médecins non installés, joindre la copie du contrat de remplacement (*dûment validé par l'Ordre des médecins*) réalisé dans l'année en cours ou à défaut l'année antérieure (1 journée minimum).  
 Pour les médecins installés depuis moins d'un an, joindre un avis de situation au répertoire sirene (site de l'INSEE).  
 J'ai noté que dans le cadre d'une formation je n'aurais pas d'indemnisation.

J'ai bien noté que l'AFML se réserve le droit d'annuler la ou les formations jusqu'à 10 jours avant la date de réalisation et qu'aucun frais engagé n'est pris en charge.

Je déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des modalités d'inscription et de prise en charge.

Je m'engage à participer à l'intégralité de la formation.

À : .....

le : .....

## 4 Je demande à l'AFML | Cochez la case si besoin

La réservation de ma chambre d'hôtel :  oui  non

(*Dans le cas où ma formation se déroule à 60 km ou plus de mon cabinet. Pour les formations de deux jours consécutifs : prise en charge d'une nuitée à hauteur de 100 € par l'AFML.*)

▶ *Votre inscription ne sera effective qu'après réception de votre dossier complet à l'AFML. Il vous sera retourné dès réception une confirmation de votre inscription, sous réserve de places disponibles.*

▶ *Une convocation par mail vous parviendra 10 jours avant le début de la formation.*

