

[Document à adresser par courriel à assistante.admin@sfctcv.org](mailto:assistante.admin@sfctcv.org)

J'exerce une activité salariée supérieure à 50 % (votre formation est prise en charge par votre établissement ; à noter que certains établissements demandent une avance des frais et vous remboursent par la suite, se renseigner auprès de la DAM ou du service RH)

Informations apprenant (obligatoire)

Nom, prénom : _____

RPPS : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Modalités de validation des formations

Pour vous inscrire à une action "évaluation de la qualité des soins à l'aide d'une base de données nationale", certains prérequis sont nécessaires : remplir le registre depuis 3 ans minimum, avoir un minimum de 50 interventions enregistrées de façon complète sur une année ainsi qu'un taux de qualité au moins égal au taux national. La validation de cette action prévoit que vous fournissiez l'évaluation de la qualité de vos données, la mesure des écarts éventuels par rapport à la référence nationale, les actions d'améliorations mises en place et le suivi des indicateurs. *Durée mini : 12 h*

Modalités d'inscription

L'accès aux formations en e-learning ou aux bases de données nécessite un ordinateur et une connexion internet.

Nous invitons à prendre contact avec la DAM, le service RH ou la personne en charge de la formation dans votre établissement afin de valider la prise en charge et votre inscription. A réception de ce formulaire validé par votre établissement, nous prendrons contact avec vous pour les modalités de formation.

Formation choisie

Formations évaluation des pratiques professionnelles : Vous avez réalisé l'unité 1 et 2 en 2023, pour valider cette action vous devez réaliser l'unité 3

Action 36582325006 : Evaluation de la qualité de soins – EpiCard (Unité 3) (1358,50€)

Action 36582325007 : Evaluation de la qualité de soins – EpiThor (Unité 3) (1358,50€)

Prise en charge de la formation

Etablissement (DAM, service RH, service formation...)

Chirurgien (pour les établissements demandant au praticien de faire l'avance des frais, le praticien doit effectuer un virement sur le compte **Société Générale, de L'ODPC-CTCV : IBAN : FR76 3000 3035 2600 0500 2156 743**)

Informations établissement (pour salarié) Faire remplir par le service formation

Etablissement : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Contact (DAM, DRH...) : M. Mme : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Contact facturation : M. Mme _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Signatures obligatoires

J'ai pris connaissance des [conditions générales de vente](#). J'ai consulté le programme de formation de l'ODPC CTCV et celui-ci semble couvrir mes attentes, si je souhaite voir un point particulier je peux le proposer en écrivant à assistante.admin@sfctcv.org ou [06.31.18.49.20](tel:06.31.18.49.20)

Signature du chirurgien

Date : / / 2023

Signature et tampon du service formation de l'établissement

Date : / / 2023