**CONVENTION DE FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE   
(Articles L 6353-2 et R 6353-1 du code du travail)**

**Entre**

**ODPC ENDO** 181 Avenue Aristide Briand - 33700 Mérignac (Ci-après dénommé l’organisme de formation) - Représenté par le docteur Fabienne San-Galli ; Présidente de l’association.

Déclaration d’association enregistrée sous le N° WO61004261 auprès du Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte d’Azur - Numéro SIREN de l’organisme de formation : **794 147 637 – Déclaration d’activité enregistrée sous le numéro 75331169833 auprès du Préfet de la Région NOUVELLE – AQUITAINE.**

**ET**

**Nom et Adresse du centre Hospitalier** (Ci-après nommé le bénéficiaire) :

…………………………………………………………………………………………………

Représenté par……………………………………….Fonction:………………………………

**Adresse mail : …………………………………………………………………………………………………**

**I. OBJET, NATURE, DUREE ET EFFECTIF DE LA FORMATION**

Le bénéficiaire entend faire participer une partie de son personnel à la session de formation professionnelle organisée par l’organisme de formation sur le sujet suivant :

**Intitulé de l’action de formation : « Cancers thyroïdiens différenciés de souche folliculaire » – Référence Agence nationale du DPC Action 45432200007 - session N°1 –** Orientations Nationales Prioritaires : Prise en charge du nodule thyroïdien et du cancer de la thyroïde: N°81 (arrêtés du 31/07/2019 et du 08/04/2020).

Le programme de l’action de formation est disponible sur le site OPC ENDO :

**https://www.odpcendo.fr/formations/dpc-session-virtuelle-mai-2022-cancers-thyroidiens-differencies-de-souche-folliculaire/**

Date de la session **: du 30 mars 2022 au 30  juin 2022**

**Nombre d’heures par praticien : 3h sous forme de classe virtuelle et 2 fois ½ h en non présentiel soit 4h de non présentiel en tout - Horaires de la formation cognitive virtuelle : 09h00 - 12h00 - le samedi** **14 mai 2022.**

**II. ENGAGEMENT DE PARTICIPATION A L’ACTION**

Le bénéficiaire s’engage à assurer la présence du praticien hospitalier aux dates, lieux et heures prévus ci-dessus

Nom Prénom du médecin:………………………………………………………….

Date de Naissance:………………

Spécialité : …………………………….. … N° RPPS du médecin :………………………..…

Adresse mail du médecin : …………………………………………………………………..

**III. PRIX DE LA FORMATION**

**Le coût de la formation, objet de la présente convention, s’élève à : 380,00 Euros TTC (316.67 euros HT) à verser à l’organisme ODPC Endo contre facture qui sera adressée à l’établissement après réalisation de la formation.**

**IV. MOYENS PEDAGOGIQUES ET TECHNIQUES MIS EN ŒUVRE**

Audit de pratique rempli avant la formation théorique par questionnaire internet correspondant à une évaluation des pratiques, puis formation théorique le samedi 14 mai 2022, puis questionnaire rempli par internet après la formation théorique sous forme audit de pratique .

**V. MOYENS PERMETTANT D’APPRECIER LES RESULTATS DE L’ACTION**

Audit de pratique post formation.

**VI. MOYENS PERMETTANT DE SUIVRE L’EXECUTION DE L’ACTION :**

Remplissage des grilles et présence à la formation DP.

**VII. SANCTION DE LA FORMATION**

Attestation de validation de DPC mentionnant les objectifs, la nature et la durée de l'action et les résultats de l'évaluation des acquis de la formation sera remise par l’organisme de formation au bénéficiaire à l’issue de la formation (article L6353-1 du code du travail).

**VIII. NON-REALISATION DE LA PRESTATION DE FORMATION**

En application de l’article L6354-1 du code du travail, il est convenu entre les signataires de la présente convention, que faute de réalisation totale ou partielle de la prestation de formation, l’organisme prestataire doit rembourser au cocontractant les sommes indûment perçues de ce fait.

**IX. CAS DE DIFFEREND**

Si une contestation ou un différend n’ont pu être réglés à l’amiable, le Tribunal de Bordeaux sera seul compétent pour régler le litige.

Fait à ………………………... Le …………………

L’entreprise bénéficiaire L’organisme de formation

Cachet : Cachet :

Nom et qualité du signataire Nom et qualité du signataire