



## 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, DURÉE 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 : « Prise en charge du syndrome des ovaires polykystiques » – Référence Agence nationale du DPC Action 45432325003 - session N°2 – Orientations Pluriannuelles Prioritaires de Développement Professionnel Continu pour les années 2023 à 2025: orientation N° 78: Prise en charge des pathologies endocriniennes des gonades (Arrêté du 7 septembre 2022).**

Le programme de l'action de formation est disponible sur le site de l'ODPC ENDO :

<https://www.odpcendo.fr/formations/dpc-gueritee-2023-prise-en-charge-du-syndrome-des-ovaires-polykystiques-2/>

Dates de l'action : **du 18 octobre 2023 au 31 décembre 2023**

**Nombre d'heures par praticien : 3h30 en session présentielle et 2 fois 60 min. en non présentielle soit 5h30 en tout - Horaires de la formation cognitive présentielle : le samedi 18 novembre 2023, de 13h00 à 17h00.**

### II. ENGAGEMENT DE PARTICIPATION À 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 : 532,00 € TTC (443.33€ HT), à verser à l'organisme ODPC Endo contre facture qui sera adressée à l'établissement après réalisation de la formation.**

### IV. MOYENS PÉDAGOGIQUES ET TECHNIQUES MIS EN ŒUVRE

Audit de pratique rempli avant la formation théorique par questionnaire internet et travail sur des vignettes cliniques correspondant à une évaluation des pratiques, puis formation théorique le mardi 21 mars 2023, puis questionnaire rempli par internet après la formation théorique sous forme audit de pratique .

### V. MOYENS PERMETTANT D'APPRECIER LES RÉSULTATS DE L'ACTION

Audit de pratique post formation.

**VI. MOYENS PERMETTANT DE SUIVRE L'EXÉCUTION 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-RÉALISATION 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 DIFFÉREND**

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  
Cachet :

L'organisme de formation  
Cachet :

Nom et qualité du signataire

Nom et qualité du signataire