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

**Entre**

**ODPC ENDO,** 52 rue de Marseille - 33000 Bordeaux - odpcendo2@gmail.com - (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 :** «Insuffisance gonadique masculine et féminine» **– Référence Agence nationale du DPC Action 45432525010 - Session 25.001–** 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-sfe-lille-2025-insuffisances-gonadiques-feminine-et-masculine/**](https://www.odpcendo.fr/formations/dpc-sfe-lille-2025-insuffisances-gonadiques-feminine-et-masculine/)

Dates de l’action **: du 25 août 2025 au 31 décembre 2025**

**Nombre d’heures par praticien : 3h30 en session cognitive présentielle et 2 fois 60 min. d’audit en non présentiel, soit 5h30 en tout – Lieu et horaires de la formation cognitive présentielle : SFE Lille 2025, le mardi 24 septembre 2025 - de 09h30 à 13h15.**

**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 : 627,00 € TTC (522,50€ 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 pré-test d’évaluation des connaissances et des pratiques rempli avant la formation théorique par questionnaire en ligne, puis formation théorique le mardi 24 septembre 2025, et enfin audit post-test d’évaluation des connaissances et des pratiques rempli après la formation théorique par questionnaire en ligne.

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

Post-test d’après 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 L’organisme de formation

Cachet : Cachet :

Nom et qualité du signataire Nom et qualité du signataire