



**ASSOCIATION NATIONALE  
DES PSYCHIATRES PRESIDENTS ET VICE-PRESIDENTS  
DES COMMISSIONS MEDICALES D'ETABLISSEMENT  
DES CENTRES HOSPITALIERS**

**N° agrément FMC : 100 376**

**Présidente** Docteur Marie-Noëlle PETIT

**CONVENTION DE FORMATION**

Entre : L'ANPCME

Et : Le Centre Hospitalier de : .....

Il est convenu ce qui suit :

**Article 1 :** L'ANPCME organise les journées dites de « la Bussière ». Cette formation débutera le 10 juin 2015 à 16h30 jusqu'au 12 juin 2015 et accueillera :

Le Docteur .....

**Article 2 :** La formation abordera le thème suivant « Psychiatrie et urgences »

**Article 2-1 :** Le coût de la formation s'élève à 650 € TTC par participant pour le stage résidentiel. Cette somme comprend la participation aux journées (rémunération des animateurs) ainsi que l'hébergement et la pension complète **(1)**.

**Article 2-2 :** Le coût de la formation s'élève à 500 € TTC par participant pour le stage non résidentiel. Cette somme comprend les frais pédagogiques ainsi que les repas du 11 juin 2014 et le repas de midi du 12 juin 2015 **(1)**.

**Article 2 – 3 :** tarif préférentiel pour les praticiens ayant participé à la formation DPC du 10 juin 2015

**Article 3 :** Le paiement sera effectué dès réception de la facture par virement bancaire à l'ordre de : ASS. PRESIDENTS ET V/PDTS – La Poste - Agence de Châlons-en-Champagne - RIP : 20041 01002 0457064J023 27.

**Article 4 :** L'association est couverte en matière de responsabilité civile.

Avignon, le.....  
pour l'ANPCME Dr M-N. PETIT

Le Directeur d'Etablissement

**(1)Rayez la mention inutile**

**Journées de Formation « La Bussière 2015 »  
« Psychiatrie, Urgences et parcours de soins : quelles déclinaisons  
concrètes ? »  
Du 10 au 12 juin 2015  
Centre Européen de la Jeunesse - STRASBOURG**

**A retourner à :** Cécile MANTRANT - C.H. MONTFAVET  
avenue de la pinède – CS 20107  
84918 AVIGNON Cedex 9  
Tél. : 04 90 03 90 88- Fax : 04 90 03 90 87  
Cecile.mantrant@ch-montfavet.fr

NOM : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Adresse Professionnelle : .....

.....

.....

Tél. : ..... – Fax : .....

Email : .....

**S'inscrit :**

Au stage résidentiel	650 €	<input type="checkbox"/>
Non résidentiel	500 €	<input type="checkbox"/>

**Si inscription au DPC du 10 juin 2015 : tarif préférentiel**

Stage résidentiel	350 €	<input type="checkbox"/>
Non Résidentiel	300 €	<input type="checkbox"/>

Ci-joint : Un chèque bancaire de ..... €   
Une convention de Formation

Date et Signature :

**Attention : l'inscription ne sera effective qu'accompagnée d'un règlement ou de la convention de formation signée ci-jointe.**