

**POUR TOUTE DEMANDE
DE DOSSIER DE PRISE
EN CHARGE**

Site Internet :

www.fifpl.fr

ou par fax au :

01 55 80 50 29

ou par tél. au :

01 55 80 50 00

**Après nous avoir adressé un dossier
de prise en charge et seulement**

**après nous avoir adressé
votre dossier,**

**pour tout renseignement, vous pouvez
contacter, de 9h00 à 13h00,
la personne responsable de votre profession**

SECTION SANTÉ

**851 GK MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES
851 GR ORTHOPTISTES**

Fabien COLPE Tél. 01 55 80 50 19

**851 GD DIÉTÉTICIENS
851 AH ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES**

Cécile DUBOIS Tél. 01 55 80 50 03

851 ED CHIRURGIENS - DENTISTES

Thérèse DAGRON Tél. 01 55 80 50 16
Irène HAMELIN Tél. 01 55 80 50 20

851 GP PÉDICURES - PODOLOGUES

Bruno LAMAGAT Tél. 01 55 80 50 36
Cyril BOULLEN Tél. 01 55 80 50 31

851 GI INFIRMIERS

Bruno LAMAGAT Tél. 01 55 80 50 36

851 GO ORTHOPHONISTES

Yann CREPET Tél. 01 55 80 50 17

523 AP PHARMACIENS

Michelle PERTHUIS Tél. 01 55 80 50 02

**851 KL BIOLOGISTES
851 GS SAGES - FEMMES**

Carine TERRIEN Tél. 01 55 80 50 07

852 ZV VÉTÉRINAIRES

Cyril BOULLEN Tél. 01 55 80 50 31

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

COMMENT FAIRE ?

AVANT LA FORMATION

DEMANDE PRÉALABLE COMPLÉTÉE

CODE SIRET INDIVIDUEL 
CODE NAF 
(voir attestation de versement URSSAF)

JOINDRE A LA DEMANDE

DEVIS de la formation
(coût individuel)

PROGRAMME DÉTAILLÉ de la formation

PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE VERSEMENT URSSAF

- ou - attestation d'exonération
- ou - attestation d'inscription au Centre de Formalités URSSAF
pour les nouveaux professionnels libéraux

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
URSSAF
ATTESTATION DE VERSEMENT
Contribution à un fonds d'assurance formation des non salariés

ru.r. vous informe

Références du document

Numéro cotisant :
Période :
Numéro SIRET :
NAF :

Voire correspondant

Date : .../.../...

OBJET: Attestation de versement

Madame, Monsieur,

Nous accusons réception de votre versement relatif à la contribution FAF
dûe au titre de votre activité de l'année :

Cette attestation vous est délivrée pour permettre de justifier du droit à la
formation.

CONSERVEZ-EN éventuellement une copie, IL NE SERA PAS DELIVRE DE
DUPLICATA.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération
distinguée.

La Direction.

APRÈS LA FORMATION

et après réception de l'accord de prise en charge

RAPPELER LE NUMERO DE DOSSIER ET JOINDRE :

FACTURE ACQUITTÉE PAR L'ORGANISME DE FORMATION AUX NOM ET PRÉNOM
DU PARTICIPANT PROFESSIONNEL LIBERAL

- mode de paiement
- cachet et visa de l'organisme de formation

ATTESTATION DE PRESENCE AU STAGE AUX NOM ET PRENOM DU PARTICIPANT
PROFESSIONNEL LIBERAL

- cachet de l'organisme de formation

N'HESITEZ PAS A CONSULTER NOTRE SITE INTERNET : www.fifpl.fr



Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux

35-37, rue Vivienne - 75083 PARIS Cedex 02

Tél. : 01 55 80 50 00 - Fax : 01 55 80 50 29

www.fifpl.fr

Agréé par arrêté ministériel du 17 mars 1993 publié au J.O. le 25 mars 1993. SIRET : 398 110 965 00033