

**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 10h00 à 13h00,
la personne responsable de votre profession**

SECTION SANTÉ

8690 EK Masseurs Kinésithérapeutes
Rééducateurs
8690 DS Sages-Femmes

Yann CREPET Tél. 01 55 80 50 19

8623 ZD Chirurgiens-Dentistes

Sandrine FAGE Tél. 01 55 80 50 16
Guillaume LE BRUN Tél. 01 55 80 50 20

8690 DI Infirmiers
8690 EP Pédicures-Podologues

Bruno LAMAGAT Tél. 01 55 80 50 36

4773 ZP Pharmaciens
8690 FD Diététiciens
8610 ZH Activités Hospitalières

Michelle PERTHUIS Tél. 01 55 80 50 02

7500 ZV Vétérinaires
8690 ER Orthoptistes
8690 BL Biologistes

Irène HAMELIN Tél. 01 55 80 50 31

8690 EO Orthophonistes

Samah HARBOUB Tél. 01 55 80 50 17

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

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

l'u.r. vous informe

Références du document

Numéro cotisant :
Période :
Numéro SIRET :
NAF :

Votre 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 :

PHOTOCOPIE DE LA FACTURE ACQUITTÉE PAR L'ORGANISME PRÉCISANT L'INTITULÉ,
LES DATES DE FORMATION, LES NOM ET PRENOM DU OU DES PARTICIPANT(S)

PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE PRÉSENCE PRÉCISANT L'INTITULÉ, LES DATES
DE FORMATION, LES NOM ET PRÉNOM DU PARTICIPANT

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