



CONVENTION DE FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

En Anatomie et Cytologie Pathologiques

- Raison sociale de l'organisme de formation : **Société Française de Cytologie Clinique**
- Numéro de déclaration d'existence auprès de la Préfecture de la Région : PARIS
- **N° : 11 75 47307 75** : (DIRECCTE Ile de France, service régional de contrôle, 14, rue Madeleine Vionnet, 93300 Aubervilliers)
- N° SIRET : **390 913 499 00039** - Code APE : **7219Z**
- Organisme FC référencé Qualiopi



Entre les soussignés :

1) Organisme de formation : **Société Française de Cytologie Clinique**

Siège social, Boite n°34, 8 rue de Rochechouart, 75009 Paris

et

2) Raison sociale de l'employeur :

- Personne en charge du dossier :

- Nom de la structure :

- Adresse :

- Tél :

- E-mail :

est conclue la convention suivante, en application du Livre IX du Code du Travail portant sur l'organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente et des articles R.950.1 et suivants de ce livre :

Article 1

L'organisme de formation organise l'action de formation suivante :

1 - Intitulé de la formation : **Analyse cytologique du liquide céphalo-rachidien (LCR) : ce que le clinicien attend du pathologiste en 2024 ?**

2 - Objectif :

- Définir les conditions d'un bon prélèvement en termes de renseignements cliniques, qualité de l'échantillon et de prise en charge au laboratoire
- Savoir reconnaître les cellules normales et les contaminants ou artéfacts
- Connaître les critères diagnostiques des principales lésions hémorragiques ou traumatiques, inflammatoires et tumorales primitives ou secondaires
- Savoir rédiger un compte-rendu type

3 - Programme et méthode : **enseignement théorique et ateliers interactifs.**

4 - Type d'action de formation (au sens de l'article L.900.2 du Code du Travail) :
Formation Continue

5 - Date : **mardi 4 juin 2024**

6 - Durée : **4 heures de 9h00 à 13h00**

7 - Lieu : **Visioconférence Zoom**

Article 2

L'organisme de formation y accueillera la personne suivante (nom, prénom, fonction)

- **Dr Nom/Prénom**
- **Structure du participant**

Article 3

En contrepartie de cette action de formation, l'employeur s'engage à acquitter les frais suivants:

Frais de formation - coût unitaire : **XXX Euros** (à compléter)

→ **L'absence de convention dûment signée 30 jours avant la date de la formation**, entraînera l'annulation de l'inscription sans autre préavis.

Toute défection enregistrée :

→ entre 60 et 30 jours avant la date de la formation, entraînera automatiquement **le règlement de 30 % sur le montant de l'inscription**

→ moins de 30 jours avant la date de la formation, entraînera automatiquement **le règlement de 60 % sur le montant de l'inscription**

→ **En cas d'absence du participant, le règlement sera dû en totalité**

Article 4

La présente convention prend effet à compter de la signature par l'entreprise pour la durée visée à l'article 1.

Fait en double exemplaire à :

Le :

Pour l'entreprise

Signature :

Nom :

Qualité du signataire :

Mail :

Pour l'organisme de formation

Signature

Nom : Dr L. Lacoste-Collin

Qualité du signataire : Présidente

Cachet de l'entreprise

Cachet de l'organisme