

Sélection d'un organisme de formation



Si vous ne trouvez pas le prestataire de formation souhaité, c'est qu'il n'est pas enregistré dans la base du FIFPL. Nous vous invitons à contacter votre conseiller formation au FIFPL pour vous accompagner dans votre démarche.



Siret

N° NDA

Raison Sociale

Code Postal

RECHERCHE

Nom	NDA	Siret	Adresse	CP - Ville
PODOFORM	11755604975	81959187600019	57 rue Eugène Carrière	75018 PARIS

Adhérent
Adresse
CP - Ville

Siret
Tél - Fax

Tuto : comment engager sa demande en ligne



Attention: Seules les formations dispensées par un organisme de formation certifié Qualiopi seront susceptibles d'être prises en charge par le FIF PL

ORGANISME DE FORMATION

CHOISIR L'ORGANISME DE
FORMATION 🔍

Raison Sociale
Siret
Adresse

PODOFORM
81959187600019
57 rue Eugène Carrière

N° NDA
Tél - Fax
CP - Ville

11755604975
-
75018 - PARIS

Lieu

Organisme de Formation ▼

Modalité d'exécution

0 - Présentiel ▼

ACTION DE FORMATION

Intitulé du stage

47ème Entretiens de Podologie

Date de début

07/10/2022



Date de fin

08/10/2022



Durée en heures par stagiaire

14,00



Durée en jours par stagiaire

2,00



Montant HT

290,00

Montant TTC

290,00

ABANDONNER

SUIVANT

DEMANDE N° [REDACTED]

1	2	3
Action de formation	Documents	Validation
Adhérent Adresse CP - Ville	Siret Tél - Fax	[REDACTED]

Uniquement au format PDF.

**Toute demande de prise en charge adressée au FIF PL sans le programme de la formation concernée (justificatif demandé) ne sera pas recevable par les services du FIF PL ;
la commission professionnelle ne pouvant statuer sur une demande de prise en charge sans programme de formation.
Les documents avec le signe ✓ sont obligatoires.**

01 - RIB (IBAN) ✓	
02 - Attestation de versement URSSAF à votre nom – mentionnant le FIF PL comme fonds d'assurance formation des non-salariés – ou Attestation d'exonération, à télécharger depuis votre compte URSSAF	
04 - Programme détaillé par journée de formation ✓	
05 - Devis ou convention de formation ✓	
06 - Attestation de présence et de règlement	
07 - Pièce complémentaire N°1	
08 - Pièce complémentaire N°2	
09 - Pièce complémentaire N°3	
10 - Pièce complémentaire N°4	
11 - Pièce complémentaire N°5	

ABANDONNER

PRÉCÉDENT

SUIVANT

DEVIS

47ème Entretiens de Podologie

**Le rôle du podologue dans la prise en charge
pluriprofessionnelle de l'ENFANT**



Durée de la formation :
TOTAL : 2 jours – 14 heures

Date : 07-08 Octobre 2022

Lieu : Espace Champerret

Tarif sur 2 jours : 290 € adhérent (frais de dossiers inclus)
375 € non adhérent



Facture

Numéro de facture : [Redacted]
Date d'émission : 26 août 2022

À l'attention de :



PODOFORM SASU
57 Rue Eugène Carrière
75018 Paris
France

Objet: 47ème Entretien de Podologie

Désignation	PU	Quantité	Montant net
Accès conférences et salon adhérents FNP	290,00 €	1	290,00 €

Total 290,00 €
 TVA non applicable art.261 du CGI -
Total NET 290,00 €

ACQUITTÉE

Statut Acquittée

NAF : 8690EP - N° ACTIVITE FORMATION : 1 175 560 4975

PODOFORM SASU - Société par Actions Simplifiée Unipersonnelle - Capital de 1 000,00 €
Association exonérée des impôts commerciaux - RCS PARIS - SIREN N°819591876



1

47ème Entretiens de Podologie

Détails de l'événement

 Espace Champerret 6 Rue Jean Oestreicher 75017 Paris France

 Du 7 oct. 2022 à 08:00:00 au 8 oct. 2022 à 20:00:00

[Afficher les détails](#)

Mes billets

Nom

[REDACTED]

[Mon billet](#)

Récapitulatif de l'opération

Montant de l'opération

290,00 EUR

[Ma facture](#)

Réf de l'opération:

[REDACTED]

Détails de l'opération

Nom

[REDACTED]

Montant

290,00 EUR

Prestation

Accès conférences et salon adhérents FNP

Détail du règlement

Montant payé à l'association 290,00 EUR

[Justificatif de paiement](#)

[REDACTED]

DEMANDE N° [REDACTED]

1
Action de formation

2
Documents

3
Validation

Adhérent
Adresse
CP - Ville

[REDACTED]

Siret
Tél - Fax

[REDACTED]

MERCI DE BIEN COCHER LA CASE D'AUTHENTIFICATION ET DE BIEN VALIDER VOTRE DEMANDE EN BAS DE PAGE.

Fait le

26/08/2022



A

[REDACTED]

Authentification : Je certifie que le titulaire du compte est bien la personne concernée par la demande de prise en charge.

VAL_FIF_XTRA_DPC

1 / 1 | 100% | [Icons]

[Download] [Print] [More]



FONDS INTERPROFESSIONNEL DE FORMATION DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX
104 rue de Miromesnil 75384 Paris Cedex 08 - Tél. 01 55 80 50 00 - Fax 01 55 80 50 29
Agréé par arrêté ministériel du 17 mars 1993 publié au J.O. le 25 mars 1993 - Siret : 398 110 965 00041

Demande saisie en ligne N° [REDACTED]

SECTION SANTE

DEMANDE PREALABLE DE PRISE EN CHARGE D'UNE ACTION DE FORMATION

Sous réserve d'acceptation par la Commission Professionnelle, selon les critères de prise en charge de la profession concernée.

Attention : seules les formations dispensées par un organisme de formation certifié QUALIOP1 seront susceptibles d'être prises en charge par le FIF PL.

Toute demande préalable de prise en charge doit impérativement être saisie en ligne, au plus tard dans les 10 jours calendaires suivant le 1er jour de formation. Passé ce délai de 10 jours calendaires, votre demande de prise en charge sera refusée.

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL LIBERAL

CODE SIRET PERSONNEL DU PARTICIPANT A LA FORMATION **50746422000031**
(14 chiffres à demander à l'INSEE de votre région)

NOM DE VOTRE STRUCTURE : **Pédicure Podologue**

NOM/PRENOM DU PARTICIPANT [REDACTED]

PROFESSION : **Pédicures-Podologues** CODE NAF : **8690EP**

ACTIVITE : **Pédicures-Podologues**

ADRESSE : [REDACTED] CODE POSTAL : [REDACTED] VILLE : [REDACTED]

TEL. : [REDACTED] PORT. : [REDACTED] FAX : [REDACTED]

E-MAIL : [REDACTED]

ASSUJETTE A LA TVA NON ASSUJETTE A LA TVA

Authentification : Je certifie que le titulaire du compte est bien la personne concernée par la demande de prise en charge.

VAL_FIF_XTRA_DPC

1 / 1 | - 100% + | [Zoom] [Refresh]

[Download] [Print] [More]

ORGANISATION DU STAGE

INTITULE DE LA FORMATION : **47ème Entretiens de Podologie**
 ORGANISME DE FORMATION : **PODOFORM**
 NUMERO DE DECLARATION D'ACTIVITE DE L'ORGANISME : **11755604975**
 NOMBRE DE JOURS DE FORMATION : **2,0**
 DATE DE DEBUT DE STAGE : **07/10/2022** DATE DE FIN DE STAGE : **08/10/2022**
 NOMBRE D'HEURES DE FORMATION : **14,0**
 DANS L'ENTREPRISE DANS UN CENTRE DE FORMATION FORMATION A DISTANCE / E-LEARNING HORS UE
 ADRESSE DU SIÈGE DE L'ORGANISME DE FORMATION : **57 rue Eugène Carrière**
 CODE POSTAL : **75018** VILLE : **PARIS**
Seules sont éligibles les formations d'une durée minimale de 6 h sur une journée ou cycle de 6 h par module successif de 2 h minimum

COÛT FACTURÉ

MONTANT H.T. [Redacted]

PIECES À JOINDRE

- Devis de l'organisme de formation
- Programme détaillé de la formation
- Attestation de VOTRE NOM (à télécharger à partir de votre compte URSSAF) ou Attestation d'emploi
- Relevé d'identité bancaire

PIECES A FOURNIR A LA FIN DU STAGE

Le justificatif ci-joint (*Attestation de Présence et de Règlement*) doit nous être adressé uniquement avec votre numéro de dossier figurant sur le courrier d'accord de prise en charge qui vous parviendra ultérieurement.

Le : 26/08/2022 A : [Redacted]

Le Professionnel Libéral atteste que la durée en jours stipulée sur cette présente demande de prise en charge correspond à une durée en jours non financée par l'ANDPC ou par tout autre organisme.

N'hésitez pas à consulter notre site internet www.fifpl.fr

Information

Votre demande est bien enregistrée

OK