

Comment s'inscrire sur mondpc

Gilles Formet

Pour la SFSC

www.mondpc.fr

ACCUEIL

**Bienvenue sur "www.mondpc.fr", site de l'Organisme
Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
(OGDPC) dédié aux professionnels de santé**

Vous êtes professionnel de santé ? Créez, dès à présent, votre compte personnel.
Les inscriptions aux programmes de DPC seront disponibles prochainement.

Nous contacter par email :

Pour tout problème technique : dpc.hotline@ogdpc.fr

Pour toute question relative au dispositif de DPC, sa mise en place et à l'OGDPC
: infodpc@ogdpc.fr

Nous contacter par téléphone :

Pour tout problème technique au **01 76 21 59 00**

Pour toute question relative au dispositif de DPC, sa mise en place et à l'OGDPC au **01
48 76 19 05**

OGDPC
Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
93 avenue de Fontainebleau
94 276 LE KREMLIN BICETRE Cedex
Tél. 01.48.76.19.05 - Fax. 01.46.71.24.85

sur la droite: cliquer sur s'inscrire

IDENTIFIANT

MOT DE PASSE

[mot de passe perdu](#)

Bas du formulaire

[S'inscrire](#)

Cocher le statut
Choisir type de personne
Cliquer sur charger le formulaire

Statut	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> En activité<input type="radio"/> Retraité (remplir les champs suivants selon la dernière fonction exercée)<input type="radio"/> Retraité actif (remplir les champs suivants selon la dernière fonction exercée)
Type de personne	Liberal charger le formulaire
	Si vous êtes salarié, hors centre de santé, veuillez-vous rapprocher de votre employeur afin de connaître les modalités d'inscription et de gestion des programmes DPC.

Inscription

Statut En activité
 Retraité (remplir les champs suivants selon la dernière fonction exercée)

Retraité actif (remplir les champs suivants selon la dernière fonction exercée)

Type de personne Libéral
Si vous êtes salarié, hors centre de santé, veuillez-vous rapprocher de votre employeur afin de connaître les modalités d'inscription et de gestion des programmes DPC.

Libéral

INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilité *	
Nom *	
Nom de jeune fille	
Prénom *	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance *	(JJ/MM/AAAA)
Adresse personnelle (uniquement si retraité)	
Code postal	
Commune	
Adresse professionnelle principale *	
Code postal *	1 autocomplete options
Commune *	
Téléphone *	+ omettre le 0 au début
Portable	+ omettre le 0 au début
Fax	+
Adresse email *	
Confirmation email *	
Mot de passe *	
Confirmation du mot de passe *	
Merci de renseigner votre n° RPPS, ou à défaut votre n° ADELI et votre n° de carte CPS en joignant une copie recto verso de cette carte	
N° RPPS (11 chiffres) *	<i>à voir sur justificatif de paiement de la cotisation à l'ordre des médecins</i>
N° Adéli (9 chiffres) *	

N° ADELI: doit se trouver sur les ordonnances ou sur la feuille de soins (les 9 premiers chiffres)

N° RPPS se trouve sur le justificatif de paiement du conseil de l'Ordre et sur la carte CPS au dessus de votre nom (ne pas mettre le 1^{er} chiffres de la carte, chiffre séparé des 11 chiffres)

scanner

Au cours de l'inscription il est demandé de scanner 3 documents: la carte CPS, un RIB, l'attestation de cotisation à l'ordre

Pour la carte CPS la photocopier recto puis sur la même page le verso afin d'avoir les 2 faces de la carte CPS sur la même photocopie puis scanner cette photocopie lorsque l'on scanne nous obtenons une image qui se trouve dans l'emplacement image (format jpg le plus souvent)

Une fois que vous avez scanné cliquer sur « choisissez un fichier » un menu déroulant s'affiche : trouver et aller à l'emplacement image et cliquer sur le fichier correspondant au document scanné



MON DPC
OGDPC.fr
Accueil

INSCRIPTION

Statut
 En activité
 Retraité (remplir les champs suivants selon la dernière fonction exercée)
 Retraité actif (remplir les champs suivants selon la dernière fonction exercée)

Type de personne
Libéral Libéral
Si vous êtes salarié, hors centre de santé, veuillez-vous rapprocher de votre employeur afin de connaître les modalités d'inscription et de gestion des programmes DPC.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilité *

Nom *

Nom de jeune fille

Prénoms *

Sexe Homme Femme

Date de naissance *

Adresse personnelle (uniquement si retraité)

Code postal

Commune

Adresse professionnelle principale *

Code postal *

Commune *

Téléphone * ; 33 renvoie le 0 au début

Portable ; 33 renvoie le 0 au début

Fax ; 33

Adresse email *

Confirmation email *

Mot de passe *

Confirmation du mot de passe *

Merci de renseigner votre n° RPPS, ou à défaut votre n° ADEL1 et votre n° de carte CPS en joignant une copie recto verso de cette carte

N° RPPS (11 chiffres) *

N° ADEL1 (9 chiffres) *

N° carte CPS

justificatif : Aucun fichier choisi

(Copie carte CPS recto-verso)

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES
 Je m'engage sur l'honneur de ne pas travailler plus de 50 % de mon temps en Hôpital en tant que salarié et de ne pas avoir fait une autre demande de DPC auprès de mon OPCA ou de mon employeur *

installé / remplaçant installé remplaçant

Profession *

Spécialité

Discipline complémentaire / Autres qualifications

Adresse de l'officine si pharmacien

Code postal

Commune

Adresse du laboratoire si biologiste

Code postal

Commune

Code postal

Commune

Vos informations bancaires, tel que le RIB, PEAN, le BIC, la domiciliation du compte seront nécessaires et requises pour les indemnités auxquelles vous pourriez avoir droit.

RIB Code banque Code guichet N° de Compte Clé RIB

justificatif : Aucun fichier choisi

[Cliquez ici pour convertir le RIB en IBAN](#)

Domiciliation du compte

IBAN

BIC

Année de diplôme

Année d'installation

Type de cabinet individuel Groupe

justificatif : Aucun fichier choisi

Attention cotisation au conseil de l'ORDRE

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et documents ci-dessus. *

[Retour à l'accueil](#)

[Accueil](#)

[valider](#)

[mot de passe perdu](#)

[S'inscrire](#)

[CONTACT](#) | [MENTIONS LEGALES](#)

[CONTACT](#) | [MENTIONS LEGALES](#)

N° carte CPS justificatif
:(Copie carte CPS
recto/verso) *Scanner carte*

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Je m'engage sur l'honneur de ne pas travailler plus de 50 % de mon temps en Hôpital en tant que salarié ne pas avoir fait une autre demande de DPC auprès de mon OPCA ou de mon employeur *

Installé / remplaçant Installé Remplaçant

Profession *

Spécialité *

Discipline complémentaire /
Autres qualifications

Adresse de l'officine si
pharmacien

Code postal

Commune

Adresse du laboratoire si
biologiste

Code postal

Commune

RIB Vos informations bancaires, tel que le RIB, l'IBAN, le BIC, la domiciliation c
compte seront nécessaires et requises pour les indemnisations auxquelles
pourriez avoir droit.

Code banque Code guichet N° de Compte Clé RIB

justificatif : *Scanner RIB*

Cliquer ici pour convertir le RIB en IBAN

Domiciliation du compte

IBAN

BIC

Année de diplôme

Année d'installation

Type de cabinet Individuel Groupe

justificatif :

Attestation cotisation au
conseil de l'ORDRE *Scanner attestation*

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et documents ci-dessus. *

- Cocher « je certifie sur l'honneur »
- Cliquer sur valider

1ERE VICTOIRE
tu as créé ton espace



sur la droite:mettre ton identifiant
(adresse mail) et ton mot de passe

IDENTIFIANT

MOT DE PASSE

[mot de passe perdu](#)

Bas du formulaire

[S'inscrire](#)

Sur la gauche : cliquer sur recherche programmes

OGDPC.fr

Accueil

Mon compte

Recherche programmes

Messages

- **Rechercher un programme**

- Référence Programme OGDPC

-

- **Titre du programme**

- Référence organisme

- Sigle Organisme **mettre « SFSC »**

-

- Catégorie professionnelle

- AJOUTER

-

- Orientation

- AJOUTER

- Méthodes

- Approche dominante :

- Forme :

- Sujet :

- AJOUTER

-

- Concepteur du programme

- Région :



CLIQUER SUR RECHERCHER

Les DPC organisés par la SFSC s'affichent en bas de la page

Cliquer sur un des programmes DPC pour avoir des renseignements sur le DPC choisi

Cliquer voir les sessions qui vont s'afficher

Cliquer sur la session qui peut vous intéresser pour avoir les détails

Cliquer sur « s'inscrire »