

ATELIER DE CHIRURGIE DE  
Pr et coll.

DATE  
Horaire

FICHE D'INSCRIPTION

NOM ..... Prénom.....

Nationalité : .....

ADRESSE DOMICILE :

.....

CP : .....VILLE : .....

TEL : ..... E.MAIL :

FONCTION HOSPITALIERE : .....

HOPITAL : NOM .....

ADRESSE : .....

Service .....

TEL : ..... FAX : .....

Paris, le

SIGNATURE

JUSTIFICATIF DE FONCTION OBLIGATOIRE CI-JOINT

DIPLOME DE LA SPECIALITE CHIRURGICALE

----- Partie réservée au Secrétariat -----

**MONTANT DES DROITS D'INSCRIPTION**

Gratuit pour les D.E.S Paris ile de France

50 EUROS FFI, CCA, Paris-ile de France.

Payant pour tous les autres participants: 150 euros /Journée

Paielement accepté par :

Chèque Bancaire (à l'ordre du Trésor Public)

Virement (à l'ordre du Trésor Public) avec Justificatif de paiement obligatoire

Mandat cash avec Justificatif de paiement obligatoire

Emission du titre OUI NON