

JOURNEE DE FORMATION EN IMAGERIE THORACIQUE DE L'HÔPITAL COCHIN



BULLETIN D'INSCRIPTION

À retourner par fax au : 01.58.41.24.56 ou mail à : isabelle.parrain@aphp.fr

Organisation :

Thème :

Date :

Lieu :

PARTICIPANT :

Nom : Mme Mr

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Email :

Situation actuelle :
(profession, activité)

Tarif Interne 50 € : (sur justificatif) CCA 120€ : (sur justificatif) Médecin 200 € :

Signature :

- Veuillez adresser le bulletin complété au secrétariat du Professeur MP. REVEL (Radiologie A) avec le règlement **UNIQUEMENT** par chèque à l'ordre du C.E.I.C.
- En cas de désistement dans un délai inférieur à 4 semaines avant le début de la formation, les sommes resteront acquises au formateur.
- Chaque participant recevra une confirmation d'inscription avec les indications spécifiques.
- Renseignements complémentaires au 01 58.41.24.71.