



12 mars 2010

PARIS - ESPACE SAINT-MARTIN

BULLETIN D'INSCRIPTION SUR PLACE

Pr Dr Mme Melle Mr

NOM : **PRENOM** :

ETABLISSEMENT : **SERVICE** :

ADRESSE (de l'Etablissement) :

Code Postal : **VILLE** : **PAYS** :

TEL : **FAX** : **E-MAIL** : @

PROFESSION : Médecin Infirmier(e) Dentiste Kinésithérapeute Psychologue

Autre profession (**précisez**) :

SPECIALITE : Médecine Générale Anesthésie Oncologie Gériatrie Neurochirurgie

Pédiatrie Neurologie Réseaux/Structures Douleurs Psychiatrie

Rhumatologie Soins Palliatifs Médecine du Travail

Autre Spécialité (**précisez**) :

FRAIS DE PARTICIPATION (montant en €uros)

Droits d'Inscription à **JTD** le 12 mars 2010 : **90 € TTC**

N.B. : aucune prise en charge formation continue ne sera acceptée sur place

REGLEMENT :

Par chèque à l'ordre de **JTD1 2010/COLLOQUIUM**

En espèces