

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation :

- ➔ DATE(S) ET LIEU(X)
- ➔ SPÉCIALITÉ(S) CONCERNÉE(S)

➔ **ATTENTION : participants maximum par séminaire, n'attendez pas pour vous inscrire**

INSCRIPTION

- ➔ **Tout dossier d'inscription incomplet vous sera retourné**
- ➔ **VOS COORDONNÉES** (Informations obligatoires)

Nom : Prénom :

Adresse :

N° RPPS : Spécialité :

Téléphone : Fax :

Mail :

➔ **DOCUMENTS À FOURNIR** (par voie postale)

- I feuille de soins originale barrée
- I chèque de cotisation annuelle de 30 €uros à l'ordre de l'ACFM
- I chèque de caution de 230 €uros à l'ordre de l'ACFM
- ➔ Médecin remplaçant : Pour connaître les modalités d'inscription, merci de contacter l'ACFM

Le chèque de caution vous sera restitué après la formation, en l'absence d'annulation auprès de l'ACFM moins de 15 jours avant la date du séminaire, ou si vous n'assistez à la totalité du séminaire, compte tenu des frais engagés pour l'organisation, ce chèque de caution sera encaissé par l'ACFM.

L'inscription ne sera définitive qu'après réception de l'ensemble des pièces du dossier

Votre cachet (obligatoire)

Signature