

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 FORMUNOF
- I chèque de caution de 230 €uros à l'ordre de FORMUNOF
- ➔ Médecin remplaçant : Pour connaître les modalités d'inscription, merci de contacter FORMUNOF

Le chèque de caution vous sera restitué après la formation, en l'absence d'annulation auprès de l 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 FORMUNOF.

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

Votre cachet (obligatoire)

Signature