

SECTION CLINIQUE DE NICE

Demande d'inscription à la session 2019-2020 **URGENCES**

Nom	_____		
Prénom	_____		
Date et lieu de naissance	_____		
Profession	_____		
Diplômes	_____		
Adresse de travail	_____		
Adresse personnelle	_____		
Code postal	_____	Localité	_____
Téléphone	_____	Fax	_____
Email	_____		

Si votre inscription est prise en charge par une institution :

Raison sociale et Nom du responsable de la formation permanente

Adresse _____

Code postal _____ Localité _____

Téléphone _____ Fax _____

Coût de la formation

- 300 euros à titre personnel et pour la Formation Médicale Continue
- 600 euros au titre de la formation permanente
- 150 euros pour les étudiants de moins de 26 ans et les demandeurs d'emploi

Le:
Signature :