BULLETIN D'INSCRIPTION

Bulletin à retourner à Héloïse Marty **avant le 29 novembre 2021**
Mail : hmarty@divine-id.com **I Fax :** 04.91.57.19.61 **I Courrier :** divine[id] 17 rue Venture 13001 marseille
En ligne : http://www.event.divine-id.com/fr/cours-d-imagerie-du-sein
Toutes les informations sur : www.cours-imagerie-sein.fr

Information participant

❑ Pr ❑ Dr ❑ M. ❑ Mme.

Nom ..... Prénom .....

Institution / Service .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Tél. ..... Fax .....

Email (obligatoire) .....

Spécialité

❑ Radiologue ❑ Chirurgien ❑ Radiothérapeute
❑ Cancérologue médical ❑ Gynécologue ❑ Anatomopathologiste ❑ Autre

Frais d'inscription

Médecin en activité 470 € ❑
Médecin en formation (internes, résidents,chefs de clinique) 320 € ❑
Participera aux déjeuners **Jeudi ❑ ou Vendredi ❑**

Hébergement

Vous pouvez réserver votre hôtel directement **ici**

Conditions d'annulation : Toute annulation doit être transmise par écrit à divine [id]. Retenue de 10% pour toute annulation avant le 1er novembre 2021, aucun remboursement possible après cette date

Total dû

Règlement par

❑ Carte de crédit ❑ Visa ❑ Mastercard
N° de la carte |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CCV* |_|_|_| Date d'expiration |_|_|_|
Nom du titulaire .....

❑ Chèque à l'ordre de divine [id]

❑ Virement

Bénéficiaire	SARL divine [id]
Banque	Crédit Agricole
IBAN	FR76 1130 6000 9348 1141 8671 957
BIC	AGRIFRPP813

Date & signature**

* 3 derniers chiffres au dos de la carte
** Votre signature autorise le débit de votre carte de crédit pour le paiement total dû. Nous nous réservons le droit de facturer le montant exact s'il est différent du total indiqué.