12 & 13 DECEMBRE 2024

COURS D'IMAGERIE DU SEIN

ESPACE SAINT-MARTIN
199 BIS RUE SAINT MARTIN
75003 PARIS

BULLETIN D'INSCRIPTION

Bulletin à retourner à Ophélie Nivard **avant le 28 novembre 2024**
Mail : onivard@divine-id.com **I Fax :** 04.91.57.19.61 **I Courrier :** divine[id] 17 rue Venture 13001 marseille
En ligne : https://www.event.divine-id.com/fr/cours-d-imagerie-du-sein-2024
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	490 €
Manipulateurs	335 €
Médecin en formation (internes, résidents, chefs de clinique)	335 €
Participera aux déjeuners (inclus dans l'inscription)	❑ **Jeudi** **et/ou** ❑ **Vendredi**

Les frais d'inscriptions incluent : l'accès à la plénière, aux ateliers, à l'exposition, les déjeuners. Conditions d'annulation : Toute annulation doit être transmise par écrit à divine [id]. Retenue de 10% pour toute annulation avant le 1er novembre 2024, aucun remboursement possible après cette date.

Hébergement

Pour toute réservation d'hébergement, merci de contacter **Ophélie Nivard, onivard@divine-id.com**

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	BNP PARIBAS
IBAN	FR76 3000 4007 1100 0108 5122 375
BIC	BNPAFRPPXXX

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.