

Bulletin d'inscription

Nom* :

Prénom* :

ADRESSE* :

.....

.....

CP* :

VILLE* :

PAYS* :

TEL. * :

MOBILE :

E-MAIL* :

.....

Profession :

Directeur Hôpital DRH Hôpital Médecin Interne/Étudiant

Responsable télémedecine CHU Responsable télémedecine ARS

Directeur ARS Responsable télémedecine GCS Directeur GCS

Institutionnels* Autre*

Pour les Institutionnels, merci de préciser* :

Institution :

.....

Titre :

.....

Fonction :

.....

Si vous avez coché «autre», merci de préciser* :

Fonction :

.....

*Champs obligatoires



Frais d'inscription - TVA 20% incluse

Partenariat Sftélémed et Unicancer

100 €

Sous Total TTC :€

Total : €

Règlement – *Votre inscription sera confirmée à réception de votre règlement*

Par chèque à l'ordre de « Care Insight »

En espèces

Virement

Date et signature :

A retourner par courrier :

Care Insight,
103 rue grenelle, 75007 Paris

secretariat@sf-telemed.org

Toute annulation doit être signifiée par écrit, le cachet de la poste faisant foi pour la détermination des montants remboursables. Avant le 1^{er} novembre 2018, une retenue de 60 € sera effectuée, aucun remboursement ne sera effectué après cette date.

