

BULLETIN D'INSCRIPTION 2019

Cochez les cases correspondantes



Mme Mr Dr Pr

Nom, Prénom : -----

Né (e) le : -----

Adresse :-----

Code Postal et Ville : -----

Courriel : -----

Désire s'inscrire à la (aux) séance(s) suivante(s) :

- 18.01.19** LE MEDICAMENT DANS TOUS SES ETATS
- 22.03.19** ŒIL ET MEDECINE INTERNE
- 17.05.19** MALADIES HEREDITAIRES DU GLOBULE ROUGE
- 27.09.19** GERIATRIE

	Membre	Autre
Inscription à 1 séance	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 70 €
Forfait 4 séances	<input type="checkbox"/> 90 €	<input type="checkbox"/> 210 €
Cotisation 2019		
<input type="checkbox"/> Membre Titulaire	<input type="checkbox"/> 70 €	
<input type="checkbox"/> Membre Honoraire	<input type="checkbox"/> 0 €	
<input type="checkbox"/> Membre associé (internes sur justificatif impérativement)	<input type="checkbox"/> 0 €	
Récapitulatif :		
Nombre de séances : ou Forfait 4 séances :.....€		
A régler : séance(s) :€ + Cotisation 70 € = Total : €		

Chèque à libeller à l'ordre de : SMHP

À retourner à : Société Médicale des Hôpitaux de Paris - Hôpital Cochin
Service de Médecine Interne du Pr Claire LE JEUNNE
27, rue du faubourg Saint-Jacques - 75014 PARIS

Numéro d'enregistrement de Formation Médicale Continue : 1175257377

**BULLETIN D'INSCRIPTION TÉLÉCHARGEABLE
SUR NOTRE SITE INTERNET : www.smhp.fr**

