

Nom :

Prénom :

Fonction :

Établissement ou Organisme :

Adresse :

.....

.....

Code postal : Ville :

Tél. :

Email :

INSCRIPTION : 15 EUROS incluant le déjeuner

MODALITÉS D'INSCRIPTION :

- A TITRE INDIVIDUEL : l'inscription ne sera effective qu'à réception de votre règlement. Merci de joindre le chèque au moment de l'inscription et de le libeller à l'ordre du Trésor Public.

- PAR VOTRE ÉTABLISSEMENT : l'établissement s'engage à régler les frais d'inscription sur facturation. Merci de faire viser le bulletin d'inscription par votre direction pour validation.

INSCRIPTION A RETOURNER IMPERATIVEMENT AVANT LE 18 NOVEMBRE

(après cette date les annulations ne seront plus prises en compte)

Le nombre de places étant limité, nous vous invitons à vous inscrire dans les meilleurs délais.

CENTRE HOSPITALIER DE BEZIERS
DIRECTION DE LA COMMUNICATION
2 RUE VALENTIN HAUY
BP 740
34 525 BEZIERS

Téléphone : 04 67 35 74 75

Fax : 04 67 35 76 34

Mail : communication@ch-beziers.fr

Date, signature et cachet de l'établissement

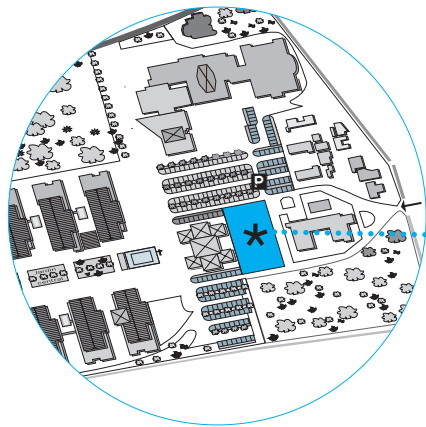
.....

chirurgie
ambulatoire

les
«rdv»
de la santé

ars
Agence Régionale de Santé
Languedoc-Roussillon

Jeudi 1^{er} décembre 2011
Amphithéâtre Agora Espace Perréal
Béziers



* Espace Perréal - amphithéâtre Agora :
entrée Boulevard Mourrut
Parkings

