

INSCRIPTION PROGRAMME AHFMC 2020

NOM : _____

PRENOM : _____

PROFESSION : _____

ADRESSE POSTALE

PROFESSIONNELLE : _____

EMAIL : _____

TELEPHONE Fixe : _____ Portable : _____

N° RPPS : _____ N°ADELI : _____

Tarif inscription programme AHFMC 2020 :

- **DERMATO EN PRATIQUE**
MERCREDI 29 AVRIL 2020 – de 20 h 00 à 23 h 00 (lieu à définir)

40 € Professionnels de santé, hors médecin

Abonnement aux Newsletters :

- oui, je souhaite recevoir la Newsletter de l'AHFMC pour être tenu(e) informé(e) des différentes rencontres et formation
- oui, je souhaite recevoir la Newsletter l'Echo du Stétho, *La Newsletter indépendants du territoire de santé du Havre* pour être tenu(e) informé(e) de l'actualité médicale du territoire

Bulletin à renvoyer :

- ✓ Par voie postale, accompagné de votre règlement par chèque (à l'ordre de AHFMC), à :
AHFMC 114 rue Jules Siegfried, 76600 LE HAVRE
- ✓ Par mail, à : ahfmc.secretariat@gmail.com
Règlement par virement bancaire IBAN FR7630027160690002056670102
BIC CMCIFRPP (*libellé : AHFMC 2019 + nom*)