

À retourner avant le 31 mai à la Maison de l'Urologie

61 rue de Vaugirard – 75006 Paris
Tel : 01 45 48 06 09 - Fax : 01 45 48 12 92

Nom :
Prénom :

Adresse de correspondance
.....

Code Postal Ville
Téléphone (portable) :
Email (obligatoire) :

Année du concours ECN :
Ville / CHU après nomination ECN :
Date de fin d'internat : Mois et année du début du clinicat en CHU :/.....
Date d'inscription au DES d'Urologie :
Inscription sur UROFRANCE oui non Mot de passe oui non

Nombre de semestre(s) total d'urologie effectué(s) y compris l'actuel :
Dans quels service(s) ont-ils été effectués ?
N° Service
N° Service
N° Service
N° Service
N° Service
N° Service
N° Service

Fonction actuelle Interne DES CCA Assistant Interne Titre étranger
 Autre :

Adresse professionnelle
.....

Code Postal Ville
Téléphone professionnel :

Je désire m'inscrire aux Enseignements du Collège d'Urologie, et je m'engage sur l'honneur à respecter les obligations des candidats mentionnées dans le règlement de l'ECU.

Date et Signature