

Bulletin d'inscription

à retourner avant JEUDI 20 mars 2025

Nombre de place limité

NOM :

Prénom :

N° Adeli ou RPPS :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail (*) :

Je suis :

- Libéral Hospitalier Autre

 Je m'inscris à la Journée Thématique Radioprotection

ci-joint un chèque à l'ordre de URODPC :

 50 € membre AFUF 200 € membre AFU 600 € non-membre AFU

-
- J'ai pris connaissance du programme et il correspond à mes attentes

Nom de l'établissement hospitalier :

Adresse :

Code postal : Ville :

Fait à

Le

Signature :

Conditions générales de vente :

Votre participation est validée à réception du bulletin d'inscription et du règlement, une confirmation d'inscription vous est alors envoyée par mail (*).

Toute annulation doit être notifiée par mail à afu@afu.fr sans pénalité jusqu'au 10 mars 2025. 100 % dû à compter du 11 mars 2025.