

CONGRES SFNP - LYON - 15 AU 17 JANVIER 2025

INFORMATION DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

E-mail :

Spécialité :

Téléphone :

Ville a mentionné sur le badge :

INSCRIPTION

Non Membre : Soirée du congrès 16 janvier 2025 (Paiement pris en charge par le financeur)

Membre SFNP :
(Réservé aux membre à jour de leur cotisation)

Étudiant et Interne

Inscription Journée des Troubles Cognitifs de l'Enfant du Mercredi 15

Inscription Congrès du Personnel Soignant du Vendredi 17

Soirée du congrès 16 janvier 2025 (Paiement par le participant) Email pour l'envoi du lien de paiement : _____

CONTACT DE FACTURATION / GESTIONNAIRE DE L'INSCRIPTION

Nom : _____ Prénom : _____

Institution : _____ Ville : _____

Adresse postale : _____ Email : _____

Code postal : _____ Moyen de paiement : _____

Ce document est à compléter et à envoyer à l.hausermann@socoform.fr pour l'inscription.
La convention de formation vous sera ensuite adressée.