



**JOURNEE RENCONTRE PATIENTS-MEDECINS
23 SEPTEMBRE 2017
LIMOGES
Salle de l'Espace Cité
2 rue de la Providence**

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone mobile :Téléphone fixe :

Adresse internet :@.....

(Acceptez-vous de voir paraître cette adresse et vos n°de téléphone sur la liste des participants à la réunion ?)

OUI NON (barrer la mention inutile)

Accompagnant 1 : Nom :Prénom :

Accompagnant 2 : Nom :Prénom :

Accompagnant 3 : Nom :Prénom :

REPAS

Nombre de personnes présentes au déjeuner du 23/09/17 **midi** : x 15 €

Nombre de personnes présentes au dîner du 23/09/17 **soir** : x 25 €

TOTAL : €

*Le bulletin d'inscription doit être envoyé dûment complété et accompagné du chèque de paiement à l'ordre de **Waldenström France** nécessairement et uniquement à:*

**Madame Michelle AIRAUD
Trésorière de Waldenström France
35 bis Rue du Port Fidèle
85800 SAINT-GILLES CROIX de VIE**

***NOTA** : Aucune réservation ne pourra être prise en compte sans le bulletin d'inscription accompagné du chèque correspondant. Pour faciliter la tâche du bureau, nous vous demandons d'avoir la gentillesse de nous répondre le plus tôt possible. Vous contribuerez ainsi à la bonne organisation de cette journée. D'avance, nous vous remercions.*