

JOURNÉE RENCONTRE PATIENTS-MÉDECINS
1^{ER} OCTOBRE 2016
MUSÉES DES ARTS FORAINS : 10 RUE LHEUREUX 75012 PARIS

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone mobile :Téléphone fixe :

Adresse internet :@.....

Accompagnant 1 : Nom :Prénom :

Accompagnant 2 : Nom :Prénom :

Accompagnant 3 : Nom :Prénom :

REPAS

Nombre de personnes présentes au déjeuner du 1^{er}/10/16 **midi** : x 25 €

Nombre de personnes présentes au dîner du 1^{er}/10/2016 **soir** : x 35 €

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 avec le chèque correspondant. En respectant ce cadre, vous contribuerez à la bonne organisation de cette journée et nous vous en remercions.