

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM : _____

HOPITAL: _____ ADRESSE: _____

Téléphone et e-mail : _____

MEDECINE PHYSICIEN RESIDENT TECHNICIEN INFIRMIER

Participera à la **XVI Réunion du GOCO** le **10 octobre 2008** à l'Institut Català d'Oncologia (ICO) Hospital Duran i Reynals. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

INSCRIPTION: **Médecins et Physiciens:** **100 €**
 Résidents: **80 €**
 Techniciens et Infirmiers **60 €**

AVANT LE 30 SEPTEMBRE

Ce prix comprend: Libre des Communications, Cafés, Repas et Clôture

Ce paiement sera effectif avec un virement bancaire au compte: **2100 1412 94 0100441840** de La Caixa et en envoyant le justificatif au Secrétariat du GOCO **FAX + 34 93.291.94.77**, pour confirmer la inscription.