BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM et PRENOM: .....

HÔPITAL: ..... **ADRESSE:** .....

Téléphone et e-mail: .....

MEDECIN ☐ **PHYSICIEN** ☐ **TECHNICIEN** ☐ **IINFIRMIER** ☐

Participera à la XIV Réunion du GOCO le vendredi 27 octobre 2006 à l'Auditori de la Mercè de Girona

Le prix de l'inscription inclut: Livre de résumés, déjeuner et dîner de gala du vendredi.

Médecins et Physiciens: 100 €
Médecins Résidents, Techniciens et Infirmiers: 60 €

Dîner de gala : Si ☐ No ☐

Ce paiement sera en espèces au moment de l'inscription ou avec le justifiant du virement bancaire au compte: **2100-1412-94-0100441840** de La Caixa. Envoyer le justifiant par fax au Secrétariat du GOCO Fax : 93 291 94 77