BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM et PRENOM: .....

HÔPITAL: ..... **ADRESSE:** .....

Téléphone et e-mail: .....

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

Participera à la X Réunion du GOCO les jours vendredi 25 et samedi 26 octobre , à:
Caixa Forum – Fundació La Caixa. Barcelona

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

Médecins et Physiciens: 65 €
Médecins Résidents, Techniciens et Infirmiers: 35 €

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.