

## BULLETIN D'INSCRIPTION\* / VALIDATION UNIQUEMENT

Mme  M. Prénom : .....

Nom : .....

Chirurgien  IBODE  Autre (précisez) : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

E-mail\*\* : .....

Adresse de facturation si différente : .....

\* French people only since it refers to the national continuing medical education.

\*\* Obligatoire car confirmation d'inscription uniquement par mail.

DROITS D'INSCRIPTION	AVANT LE 30 AVRIL	APRÈS LE 30 AVRIL
<b>PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE DPC</b>		
<input type="checkbox"/> CHIRURGIEN	530 €	580 €
<input type="checkbox"/> IBODE	330 €	380 €
<b>PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DPC</b>		
<input type="checkbox"/> CHIRURGIEN	500 €	650 €
<input type="checkbox"/> IBODE	300 €	350 €

### LES INSCRIPTIONS HORS DPC SE FONT DIRECTEMENT SUR [LILLE.SERGS.ORG](http://LILLE.SERGS.ORG)

#### PAIEMENT

**PAR CHÈQUE**, libellé à l'ordre du Centre Oscar Lambret

**PAR VIREMENT BANCAIRE** (joindre une copie du virement bancaire)

Compte n° 04191720000 clé 29 – Banque : Natixis Banques Populaires à Paris

National / Code banque : 30007 – Code guichet : 99999

International / Int nation. Bk Acc.

IBAN : FR7 3000 7999 9904 1917 2000 029 – BIC : NATXFRPPXXX

#### BULLETIN D'INSCRIPTION À RETOURNER À :

Institut de formation Oscar Lambret

3, rue Frédéric Combemale

BP 307 – 59020 Lille Cedex

E-mail : [institut-formation@o-lambret.fr](mailto:institut-formation@o-lambret.fr)