

BULLETIN D'INSCRIPTION

À renvoyer à :

GOMED – EHP 2023 – 34, rue Laffitte – 75009 PARIS

contact@go-med.fr

Nom : **Prénom :**

Adresse professionnelle :

CP : Ville :

Email :

Portable :

- Médecin Pharmacien Chirurgien-Dentiste
 Vétérinaire Autre

Inscription aux EHP les 6 et 7 octobre 2023* : 150 €

Étudiants, jeunes installés (- de 5 ans) et Retraités* : 100 €

Visioconférence ZOOM : 60 € *(le lien vous sera envoyé par mail après règlement)*

** comprenant les pauses et le déjeuner du vendredi qui se déroulera dans un restaurant asiatique à deux pas du lieu du congrès.*

Règlement par chèque à l'ordre de la FNSMHF ou par virement :

IBAN : FR76 1751 5900 0008 1318 4212 316 – BIC : CEPAFRPP751