

# 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**