**Nom\* :**

**Prénom\* :**

**Fonction\* :**

**Etablissement\* :**

**Courriel\* :**

**Téléphone mobile :**

**Date d’arrivée\* :**

**Date de départ\* :**

**Moyen de transport\* :**

**INFORMATIONS PARTICIPANT**

**\*Champs obligatoire**

**FICHE À REMPLIR ET À RETOURNER** PAR COURRIEL

**A L’ADRESSE SUIVANTE :**

**facmed.univbejaia@yahoo.fr**

AVANT LE **Samedi 18 AVRIL 2015 AU PLUS TARD**

**Mme S. HADJI**

**Faculté de Médecine – UNIVERSITE A.Mira Béjaia**

**Contact :** **facmed.univbejaia@yahoo.fr**

**Téléphone/Fax : 034 22 19 23**

***Frais d’inscription : 8000 DA (Frais d’hébergement non inclus)***

**Pour toute demande d’information d’ordre administratif (prise en charge, mode de paiement..etc)**

**Contactez :**