MES COORDONNÉES ET MON RÉCAPITULATIF

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

E-mail : .....

Tél. : .....

N° Adeli : ..... ou RPPS : .....

Année de diplôme : .....

Adhésion SOP 2017 ..... ☐ **99 €**

Tarifs Formation radioprotection

- **non-adhérent** ..... ☐ **345 €**
- **adhérent** ..... ☐ **300 €**

..... ☐

TOTAL GÉNÉRAL ..... **€**

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires? OUI ☐ **NON** ☐

Bulletin inscription Radioprotection des patients 9 novembre 2017 SOP Espace Saint-Martin 75003 Paris