

Bulletin d'inscription



À compléter et à retourner à :

Secrétariat de la direction

Pôle Médico-Social - Font Douce
Centre Hospitalier d'Angoulême
Rond Point de Girac - CS 55015 Saint Michel
16959 ANGOULEME Cedex

Tél : **05 45 24 63 89**

Fax : **05 45 24 29 35**

Mail : **direction-pms@ch-angouleme.fr**

Web : **www.ch-angouleme.fr**

Coordonnées impératives

Merci de compléter en majuscule

Nom :

Prénom :

Fonction :

Établissement :

Adresse :

CP : Ville :

Tél : Mail :

Je participe le(s) : 20/11/2014 21/11/2014

Je participe au(x) déjeuner(s) du : 20/11/2014 21/11/2014

Je joins le règlement ou je donne l'adresse de facturation :

Paiement joint

À facturer à l'établissement :

Établissement :

Adresse :

CP : Ville :

Date et signatures :

Bon pour accord

Du chef d'établissement

Du congressiste