

## **PARTICIPANT**

M.       Mme       Dr.       Pr.

NOM : .....

Prénom : .....

Pour vous contacter :

Institution/Société : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : ..... Téléphone : .....

Email : .....

Email cc : .....

Informations complémentaires :

Fonction :  Psychiatre     Psychologue     Médecin généraliste

Pharmacien

Mode d'exercice :  Salarié     Libéral     Mixte

## **ADRESSE DE FACTURATION** (si différente)

Société / Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

N° TVA (si applicable).....

Courriel : .....



## **TARIFS D'INSCRIPTION**

- 350 Dinars tunisiens
- 16 500 Dinars algériens
- 1 100 Dirham marocains
- 190 000 Livres libanaises

## **REGLEMENT**

- Virement dans votre devise

Merci de renvoyer ce bulletin d'inscription avant le 20 janvier par mail à l'adresse suivante :

[insc-encephale@europa-organisation.com](mailto:insc-encephale@europa-organisation.com)