

## BULLETIN DE PARTICIPATION

A retourner impérativement avant **le 05 AVRIL 2013**

 NOM : .....

 Prénom : .....

 Adresse mail : .....

 N° portable : .....

 Service : .....

 Centre hospitalier de : .....

### Participera à la formation :

« Prélèvement en vue de greffe : tout ce qu'un médecin doit savoir »

**LE 30 AVRIL 2013 AU CHU DE DIJON**

OUI

NON

**Coupon réponse à faxer au 03 83 68 38 19 ou par mail : [claudine.prat@biomedecine.fr](mailto:claudine.prat@biomedecine.fr)**

**AGENCE DE LA BIOMEDECINE  
Faculté de Médecine – Bâtiment E  
9 Avenue de la Forêt de Haye  
54519 VANDOEUVRE LES NANCY  
Tél : 03 83 68 38 17 / Fax : 03 83 68 38 19**