



Société de Médecine des voyages

www.medecine-voyages.fr - smv@chu-angers.fr

Bulletin d'inscription

A renvoyer à :

SMV - Laboratoire de Parasitologie - Mycologie
Centre Hospitalier Universitaire
49933 ANGERS Cedex 09

Règlement individuel

Membre actif plein tarif : 60 €

Membre actif tarif réduit :
infirmier(e), retraité,
étudiant (joindre un justificatif) 30 €

Banque Montant

N° du chèque Date

Règlement par un tiers (institutionnel)

Membre actif plein tarif : 75 €

Membre actif tarif réduit : infirmier(e), , 30 €

Indiquer précisément les coordonnées de l'organisme payeur ET joindre une copie de cette fiche au bon de commande

Code Postal Ville Cedex

Monsieur Madame - Dr Pr

Nom Prénom

Date de naissance / /

Adresse *(données obligatoires)

Cette adresse sera celle figurant dans l'Annuaire de la SMV et celle où les courriers de la SMV vous seront adressés sauf indication contraire de votre part

organisme.....

service.....

rue..... BP.....

Code Postal Ville Cedex

Téléphone..... Fax.....

Courriel 1*(données obligatoires)@.....

Travaillez-vous dans un Centre des Vaccinations Internationales non ----- oui si oui, précisez lequel

Lieu d'exercice si adresse supra différente :