

FACULTE DE MEDECINE DE MARSEILLE
27, bd Jean Moulin – 13385 Marseille Cedex 5

Tél. : 04-91-32-45-74 / 45-75
fmc@medecine.univmed.fr

FICHE D'INSCRIPTION "ATTESTATION DE FORMATION"
Année Universitaire 2010-2011

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Fax : _____ e-mail : _____

Département et N° d'Inscription au Conseil de l'Ordre :

--	--

--	--	--	--	--

Généraliste Spécialiste (spécialité à préciser) _____

Praticien Hospitalier Autres (à préciser) _____

Montant de l'inscription : 240 euros
*Chèque à établir à l'ordre de Monsieur l'Agent Comptable de l'Université de la Méditerranée
et à adresser au Département Universitaire de Développement Professionnel Continu
(seul le règlement par chèque est accepté).*

Date :

Signature :

Intitulé de l'Attestation de Formation :	
---	--