

**BULLETIN D'INSCRIPTION**  
**Formation A2FM à l'anglais médical**

**A retourner à : Regifax – 45, rue d'Hauteville – 75 010 Paris**  
**Tél. : 06 15 04 31 60 – Fax : 01 73 76 65 49**  
**Email : formations-a2fm@regifax.fr**

Docteur NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax : .....

E-mail : .....

**Avec le bulletin d'inscription, nous vous demandons de renvoyer les deux pièces obligatoires suivantes :**

- une **feuille de soins** (couleur marron) barrée,
- une photocopie de **l'attestation de versement à l'URSSAF** de la cotisation relative à la contribution FAF pour 2010, datée de 2011,

*J'ai bien noté que mon inscription ne pourra être prise en compte que si ce bulletin est impérativement accompagné des deux pièces demandées.*

Date

Signature

**Merci de préciser les dates et lieux qui vous intéressent**

Dates (s) : .....

Lieux : .....