

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

.....

Email :

Téléphone :

Je suis intéressé(e) par :

☐ Diplôme Universitaire (indiquez l'intitulé du DU)*:

.....

☐ Certificat de formation à la chirurgie dentaire lasers assistée

.....

☐ Certificat d'études supérieures (indiquez l'intitulé du CES)* :

.....

☐ Attestation (entourez l'attestation qui vous intéresse) : AFGSU - MEOPA -
APPROFONDISSEMENT CLINIQUE

Date souhaitée :

 Le nombre de places étant limitées le règlement devra intervenir dès accord du responsable pédagogique

Bulletin à retourner à :

Faculté d'Odontologie - Formation permanente
545, av du Pr Jean-Louis Viala
34193 Montpellier cedex 5

** En supplément du tarif indiqué, 34 € de droits spécifiques de BU seront à payer*



UNIVERSITÉ DE
MONTPELLIER

