**43èmes ENTRETIENS DE MEDECINE INTENSIVE- REANIMATION**

***Numéro de formation continue 31 59P 000 759***

**Bulletin d’inscription**

**Lille, les Jeudi 18 et Vendredi 19 Avril 2024**

**Nom : …………………………………………………. Prénom : …………………………………………………**

**🞏 Médecin 🞏 Etudiant(e)**

**🞏 Infirmier(e) 🞏 Aide-Soignant(e) 🞏 Cadre 🞏 Kinésithérapeute**

**🞏 Autre**

**Adresse : …….…………………………………………………………………………………………………………**

**Tél : …………………………………….… Email : ……………………………………………………**

**Service /Etablissement : ……………………………………………………………......................................................................................................................................................................................................................**

**TARIFS :**

***Médecins, infirmier(e), aide-soignante, cadre, kinésithérapeute, autre..***

*(inscription pouvant être prise en charge dans le cadre du développement professionnel continu par votre hôpital)*

**18 et 19 Avril 2024**

**Inscription 🞏 60 euros Repas *(uniquement le Jeudi)*🞏 20 euros**

**Jeudi 18 Avril 2024 (8h45-18h)**

**Inscription 🞏 40 euros Repas 🞏 20 euros**

**Vendredi 19 Avril 2024 (8h45-13h)**

**Inscription 🞏 20 euros**

***Etudiant(e)***

**Inscription 🞏Gratuite Repas *(uniquement le jeudi)* 🞏 20 euros**

***.***

***Bulletin à compléter et à retourner à l’adresse suivante accompagné du Dorothée Desmoulin – Secrétariat Pôle de MIR – Hôpital R. Salengro - CHU de Lille– CS 70001 – 59037 LILLE Cédex - Tél : 03.20.44.40.84 – Fax : 03.20.44.50.94 – mail :*** [***Entretien.MIR@chu-lille.fr***](mailto:Entretien.MIR@chu-lille.fr)

**Règlement par chèque à l’ordre de  *FORMIR en joignant le bulletin d’inscription ci-joint renseigné (un bulletin nominatif par personne. Validation définitive des inscriptions à réception du règlement.***

***En cas de désistement du participant, aucun remboursement ne sera effectué.***

**Date limite d’inscription le 15 Avril 2024**