



**Journée de Printemps du CIREOL**

**Vendredi 20 Mai 2016**

***Imagerie maxillo-faciale, des dents et des sinus***

Bulletin d'inscription

**NOM :** .....

**PRENOM:** .....

**Adresse :** .....

**Code postal et Ville :** .....

**Adresse courriel :** .....

**Téléphone :** .....

**Droits d'inscription :**

**50 € Internes / CCA sur justificatif**

**90 € Membres du CIREOL**

**120€ non Membres du CIREOL**

*Libeller le chèque à l'ordre du CIREOL*

**Faire parvenir ce bulletin d'inscription dûment rempli,  
accompagné de votre règlement par chèque à :**

Mme Magali RICHE  
Congrès du CIREOL  
Service d'Imagerie Pédiatrique  
Hôpital Robert Debré - 48 boulevard Sérurier  
75019 PARIS

**Renseignements :**

Tél. : 01 40 03 57 84 / Fax : 01 40 03 22 45

Email : magali.riche@rdb.aphp.fr