

---

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

Nom : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....

Titre : *Spécialiste*  *Résident*  *Médecin Généraliste*  *Autre*

Etablissement : .....

Service : .....

Spécialité : .....

Téléphone : ..... E-Mail : .....

**Modalités de paiement : secrétariat du service des Maladies Infectieuses**

**Sur place le 29 avril 2008 à partir de 8 H**

**Contacts : Président du comité d'organisation : Pr. A. Lacheheb P: 0662351367 Tel/fax : 036721637**