

# Bulletin d'inscription

## journée du 1<sup>er</sup> avril 2023

### Rochefort

Merci de remplir ce document par ordinateur ou d'écrire lisiblement.

- Nom:
- Prénom:
- Adresse:
- Adresse courriel:
- Remarques: (allergies éventuelles pour le repas,...)

Catégorie	Montant en €	S/Total
Tarif public	50,00 x .....	
Membre SOFRAMAS	45,00 x .....	
Médecin militaire en activité	40,00 x .....	
Membre Int Air Med	35,00 x .....	

**Total**

Formulaire d'inscription à renvoyer avant le 10 mars 2023 à:

**Int Air Med**  
Service médical de la DSAC/SO  
9 rue Eugène Chassaing  
33700 MERIGNAC

Avec votre règlement par chèque à l'ordre de  
« Int Air Med »

Ou règlement par virement à  
IBAN FR76 1330 6009 8266 0052 7519 576  
BIC AGRIFRPP833

**Merci de bien préciser le nom du médecin inscrit au dos du chèque ou en référence du virement.**

