

COUPON RÉPONSE

Dr Pr M. Mme Melle

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél. _____ Portable _____ Email _____

Confirme ma participation au 3^{ème} séminaire de Formation Médicale Continue et envoie mon chèque de 100 euros à l'ordre de la "Société de Néphrologie" sous enveloppe non-affranchie à Fresenius Medical Care - Département Communication - Libre-réponse 44159 - 94832 Fresnes Cedex

Ne participe pas au 3^{ème} séminaire de Formation Médicale Continue en Néphrologie.

Les inscriptions sont en nombre limité et prises en considération par date de retour du coupon réponse. Cette invitation personnelle, non cessible à un tiers, vaut convention et conformément à l'article L-4113-6 du Code de la Santé Publique est soumise pour avis au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Conditions de remboursement :

à + de 30 jours avant l'évènement = remboursement 100% / de 30 jours à 15 jours = remboursement 50% / à - de 15 jours pas de remboursement

CONTACT

Fresenius Medical Care est
à votre disposition pour tout
renseignement complémentaire :

Communication et Événementiel

Sophie Privat

Tél.: 01 49 84 78 50

Fax: 01 49 84 78 90

Mail : sophie.privat@fmc-ag.com

Parc Médicis

47 avenue des Pépinières

94832 FRESNES CEDEX

A retourner impérativement avant le 15 mars 2007

COUPON RÉPONSE

ATELIERS

Afin de répondre au mieux à vos attentes,
nous vous proposons de choisir, par ordre de
préférence, l'atelier auquel vous souhaitez
participer le vendredi 30 mars 2007 :

Atelier 1 : Anticoagulation pendant la séance

Atelier 2 : Dysfonction des abords
vasculaires : Dépistage

Atelier 3 : Dysfonction des abords
vasculaires : Intervention

Choix atelier : _____/_____/_____

HÉBERGEMENT-REPAS

- Assistera au déjeuner
d'accueil le 29 mars 2007
- souhaite une chambre
à l'hôtel le 29 mars 2007
- Assistera au dîner le 29 mars 2007
- Assistera au déjeuner
le 30 mars 2007