



# MICRO-ATELIER RENNAIS D'ECHOGRAPHIE OSTEO-ARTICULAIRE

## Bulletin d'inscription

Association pour Les Technologies  
Nouvelles en Radiologie

NOM:.....

Prénom: .....

J'ai bien reçu confirmation par mail de ma pré-inscription au(x) micro-atelier(s) d'échographie prévu(s) à l'Hopital Sud de Rennes le/ les ..... 2016

Je joins à mon envoi le règlement par chèque (à l'ordre de l'ATNR) des 495 euros par jour de formation

Je m'engage à prévenir les organisateurs de la formation d'un éventuel désistement dans un délai minimal d'un mois avant la formation

Date:

Signature:

Ce formulaire est à renvoyer,  
dans les 10 jours suivants la confirmation de votre pré-inscription par mail,  
à l'adresse suivante:

*Madame Christiane Bourdeau  
Secrétariat du service de radiologie  
Hôpital Sud de Rennes  
16 Boulevard de Bulgarie  
35203 RENNES CEDEX 2*

Programme détaillé et renseignements sur notre site:

[www.echographie-articulaire.fr](http://www.echographie-articulaire.fr)

(onglet "formations en échographie")

ou par mail: [christiane.bourdeau@chu-rennes.fr](mailto:christiane.bourdeau@chu-rennes.fr)