



## Bulletin de candidature au **CERTIFICAT INTERUNIVERSITAIRE EN MANAGEMENT MÉDICAL**

NOM, Prénom : .....

Institution : .....

Adresse : ..... n°: ..... Boîte : .....

Code Postal : ..... Localité : .....

Tél.: ..... Fax : ..... E-Mail : .....

Porteur du diplôme de : .....

Fonction professionnelle : ..... depuis le : .....

N° INAMI : .....

désire m'inscrire au «CERTIFICAT INTERUNIVERSITAIRE EN MANAGEMENT MÉDICAL» et je (l'institution) m'engage à verser la somme de 2.125 €  
dès que je serai informé que ma candidature a été retenue.

Date : .....

Signature :