



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 :

Je désire m'inscrire au «CERTIFICAT INTERUNIVERSITAIRE EN MANAGEMENT MÉDICAL»
et je m'engage à verser la somme de 2.150 € dès que je serai informé que ma candidature a été retenue. (une facture sera transmise).

Date : Signature :