



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 2.025 € au compte bancaire BE31 0012 7153 9755 BIC GEBABEBB avec la mention : «NOM, Prénom, CIMM», dès que je serai informé que ma candidature a été retenue.

Date :

Signature :