

INSCRIPTION POUR LE

**1^{ÈRE} SÉMINAIRE D'ENSEIGNEMENT ROUMAIN
EN CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE ET
ARTHROSCOPIE PÉDIATRIQUE**

Nom: _____

Prenom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Telephone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

**Taxa de participare: medic primar-70 USD;
medic rezident-50 USD; plata se va efectua
până la data de 15 Aprilie 2002 în contul:
2511.2-8433.4 USD, BCR Sucursala Dolj**

