



FORMULAIRE INSCRIPTION AU DUFRAL



PRENOM :

.....

NOM

.....

Date de naissance :

.....

N° de TEL et e-Mail :

.....

Adresse :

.....

.....

Lieu d'activité

(Hôpital) :.....

.....

.....

N°INAMI

.....

Affilié à l'Université de (pour les MSF) :

.....

Fait le

Signature et Cachet.