



# Bulletin d'inscription

Hospitalisation à Domicile de Réadaptation  
HAD R

**01/12/2016 à partir de 14h00**

Centre hospitalier Sainte-Anne, Amphithéâtre Morel, 1 rue Cabanis  
75014 PARIS

**Durée : 3H00**

## Stagiaire

Mme

M

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Email : .....

Tél : ..... Mobile : .....

Je n'accepte pas que mes coordonnées soient diffusées à l'ensemble des personnes concernées par le traumatisme crânien (site CRFTC, mailing) veuillez cocher la case SVP

## Organisme / Etablissement

**Responsable d'inscription :**

Nom : ..... Prénom : .....

Ets : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : .....

Mail : .....

## Adhésion

Les adhérents bénéficient de tarifs préférentiels

**Je souhaite adhérer à l'ARTC IDF**

Adhésion **Individuelle 15 €**

Adhésion **Etablissement 150 €**

Je joins mon chèque de .....€ (chèque à l'ordre de l'ARTC)

**JOURNEE GRATUITE**

**A retourner au :** CRFTC  
8 rue Maria Héléna Vieira da Silva  
Pavillon Leriche  
75014 PARIS

**Ou par mail :** crftc@crftc.org

Date : ...../...../2016

Signature