

# MEDICAL DENTAL



## **BORDEREAU D'INSCRIPTION**

Je souhaite m'inscrire au cursus des cours de MEDICAL DENTAL  
"Centre de Formation en Implantologie"  
pour l'année 2010/2011 pour un montant total de 5 050 € TTC

NOM ..... Prénom.....  
Adresse Professionnelle .....  
Code Postal..... Ville ..... Pays .....  
Téléphone ..... Fax .....  
Portable ..... e-Mail .....

### **Je vous adresse :**

- Les pièces du dossier
- Un chèque d'acompte de 1 700 € libellé à l'ordre de **MEDICAL DENTAL**
- Ce bordereau rempli à **ADRESSER A :** **MEDICAL DENTAL**  
24, avenue de Saint Germain  
78600 MAISONS-LAFFITTE (FRANCE)

Le solde, soit 3 350 € doit être obligatoirement réglé au plus tard 20 jours avant le début des cours.

**NB.** Les praticiens exerçant à l'étranger peuvent régler par virement bancaire. Merci de contacter le secrétariat pour tout renseignement au + 33 (0)1 39 12 34 77.

Après règlement une facture vous sera adressée.

Signature et cachet professionnel :