

**Symposium 2017**

**Bulletin d’inscription**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom Prénom :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Téléphone / E-mail :** |  |
| **Structure/Institut/Association :** |  |

**Je participe à la journée de symposium du 25 avril 2017 (cases à cocher svp)**

* Réunion de travail biobanking oui  non
* Réunion de travail maladies auto-immunes oui  non
* Réunion de travail maladies bucco-dentaires oui  non
* Repas du midi oui  non
* Réunion de consortium oui  non
* Conférences l’après-midi oui  non
* Workshop patients oui  non

**Je participe également à la matinée de conférences le 26 avril 2017**

oui  non

**Remarques :**

**Inscription avant le 03.04.2017**

par FAX +49 761 270 34211 ou par e-mail:

[ingeborg.wuensche@uniklinik-freiburg.de](mailto:ingeborg.wuensche@uniklinik-freiburg.de) - [christelle.olives@unistra.fr](mailto:christelle.olives@unistra.fr)