

Bulletin de candidature au
CERTIFICAT INTERUNIVERSITAIRE EN MANAGEMENT MÉDICAL

NOM, Prénom :

Institution :

Adresse : n°: Boîte :

Code Postal : Localité :

Tél.: Fax : E-Mail :

Porteur du diplôme de :

Fonction professionnelle : depuis le :

désire m'inscrire au «CERTIFICAT INTERUNIVERSITAIRE EN MANAGEMENT MÉDICAL» et je (l'institution) m'engage à verser la somme de 1.995 € au compte bancaire 001-2715397-55 avec la mention : «NOM, Prénom, CIMM», dès que je serai informé que ma candidature a été retenue.

Date :

Signature :