



MISE A JOUR DE L'ANNUAIRE

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

Demande de bien vouloir prendre en compte mes nouvelles coordonnées professionnelles comme suit :

Établissement : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

Portable : _____

Courriel : _____ @ _____

Je donne mon accord pour que mes coordonnées figurent sur l'annuaire Internet du CRIMA

A _____ , le _____

(Signature)

Bulletin à adresser par fax : 05.57.82.06.82

HOPITAL PELLEGRIN
UNITÉ DE COORDINATION ET D'ANALYSE DE L'INFORMATION MÉDICALE
SERVICE D'INFORMATION MÉDICALE
PLACE AMELIE RABA LEON - 33076 BORDEAUX CEDEX
TEL. 05.56.79.56.20