

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

"Docteur Innovateur 6^{ème} édition"

Mars - Juin 2021 au Centre CRNS

- + Nom et Prénom:
- + Grade :
- + Spécialité :
- + Année de thèse :
- + Etablissement:.....
- + Structure de recherche (Unité /Laboratoire):
- + Domaine de recherche:
- + Téléphone :
- + E-mail :
- + Votre intention de créer un Startup :
 - Oui
 - Non
 - Pas pour le moment

Montant de la formation est de : 250 Dt, selon le mode de paiement suivant :

- Chèque
- Bon de commande au nom du centre
- Virement au compte postal ouvert au nom du centre sous le N° 2128371

Merci de remplir ce formulaire d'inscription et l'envoyer par Email à l'adresse suivante :
docteur.innovateur@gmail.com avec le justificatif du paiement ; Et ceci au plus tard le **25 Février 2021**

Pour plus d'information sur le programme, prière de nous contacter :

- Email: docteur.innovateur@gmail.com
- Tel: 22 959 837