

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

"Docteur Innovateur"

Janvier - Février 2018 au Centre CRNS

- + Nom et Prénom:
- + Grade :
- + Spécialité :
- + Année de thèse :
- + Etablissement:
- + Structure de recherche (Unité /Laboratoire):
- + Domaine de recherche:
- + Téléphone :
- + E-mail :

Montant de la formation: 250 Dt

Mode de paiement:

- 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 **30 novembre 2017**

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

1. Mme Rahma Aloulou:

- Tel: 98 347 884
- Email: aloulourahma@yahoo.fr

2. Mme Maïssa Sahnoun Elleuch:

- Email: maïssa.elleuch@gmail.com