

Date limite d'inscription : 15 avril 2027

Nom : **Prénom :**

Service / Hôpital-Institution :

Adresse :

☎ Tél. : ✉ E-mail :

Membre ICHF ou MEDSUBHYP à jour de cotisation 2025 ou 2026 :

☐ **320 €** (**370 € après le 31 janvier 2027**)

☐ **100 €** (soirée de gala pour accompagnant)

Non membre :

☐ **370 €** (**370 € après le 31 janvier 2027**)

☐ **100 €** (soirée de gala pour accompagnant)

Paramédicaux :

☐ **280 €** (**370 € après le 31 janvier 2027**)

☐ **100 €** (soirée de gala pour accompagnant)

Virement bancaire à l'ordre de PHYMAREX

(Dans le libellé, merci d'insérer le code ICHF-Lyon27 avec votre nom)

IBAN : FR76 1130 8000 0948 1124 3072 857

BIC : AGRIFRPP813

PHYMAREX – N° certification BCS / QUALIOPI – Actions de Formation : 260202-C3742

Formulaire à retourner impérativement par mail avant le 15 avril 2027 à :
lyonichf27@gmail.com



MEDSUBHYP PHYMAREX comex PERIMED MACSF INRESA