

# FICHE DE PRE-INSCRIPTION

## Diplôme Inter-Universitaire Maintenance et perfectionnement des compétences en anesthésie-réanimation obstétricale

Nom patronymique : ..... Nom marital : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Téléphone : ..... Portable : .....

e.mail : .....

### **PROFIL :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste (*)      | <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste libéral |
| <input type="checkbox"/> Praticien hospitalier        | <input type="checkbox"/> Interne                     |
| <input type="checkbox"/> Résident                     | <input type="checkbox"/> Infirmier                   |
| <input type="checkbox"/> Médecin à diplôme étranger : |  |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste                  |  |
| <input type="checkbox"/> Généraliste                  |  |

(\*) Date de soutenance de la thèse :  
.....

### **Photocopies des pièces justificatives :**

- Doctorat en médecine     DES-DESC     Diplôme professionnel     Autres     CV

### **MOTIVATION :** .....

.....

.....

.....

Cette fiche accompagnée des pièces justificatives est à renvoyer par la Poste à l'adresse suivante

**Secrétariat du service d'Anesthésie**

**Hôpital Louis Mourier  
178 rue des Renouillers  
92701 Colombes Cedex.**