**BULLETIN D’INSCRIPTION OU DE RENOUVELLEMENT DE COTISATION**

**ANNEE 2017**

* MEDECIN/PHARMACIEN Spécialité : ………………………………………………………………………..
* CHERCHEUR Thème de recherche : ……………………………………………………….
* PARAMEDICAUX/INTERNE/ETUDIANT

 Préciser : ……………………………………………………………………………

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse professionnelle : ………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse électronique : …………………………………………………………………………………………………………………….

Désirez-vous figurer dans le mailing NENO ?

* OUI
* NON

**MONTANT DE LA COTISATION ANNUELLE**

Médecin/ Pharmacien/ Chercheur **11 euros**

Paramédicaux/ Interne/ Etudiant **11 euros**

**Bulletin à transmettre avec la cotisation 2017 (\*) à :**

**Association NENO**

**CHU de Nancy- Hôpital central**

**Service de neuro-oncologie**

**29 avenue de Lattre de Tassigny**

**54035 Nancy cedex**

(\*) Règlement par **chèque** à l’ordre de NENO

Pour toute demande d’information, veuillez-vous adresser à Maryline VO (coordination.neno@gmail.com)