

AUTORISATION DE DÉPLACEMENT

Séminaire Marc Larrègue – Uriage-les-Bains

CONTEXTE

Séminaires concernés séminaires de sémiologie et thérapeutique dermatologique du CEDEF

RESPONSABLE DE SERVICE

Je soussigné(e), responsable de service à l'hôpital :

Nom : _____ Prénom : _____

Hôpital : _____

Service : _____

Téléphone du service : _____

DÉCLARE AUTORISER LES INTERNES SUIVANTS

À assister au Séminaire Marc Larrègue organisé par les Laboratoires Dermatologiques d'Uriage –
40/52 boulevard du Parc – 92200 Neuilly-sur-Seine, dans le cadre des séminaires de sémiologie du CEDEF.

Interne 1 - Nom : _____ Prénom : _____

Interne 2 - Nom : _____ Prénom : _____

Interne 3 - Nom : _____ Prénom : _____

Interne 4 - Nom : _____ Prénom : _____

Interne 5 - Nom : _____ Prénom : _____

Interne 6 - Nom : _____ Prénom : _____

Fait à : _____ Le : _____

Signature et cachet de l'hôpital :

[Téléchargez cette autorisation de déplacement](#)