

# Bulletin d'inscription

Douleurs abdominales chroniques

**Infos-médecins**

**Mercredi 17 septembre 2014**

Nom, prénom :

Profession :

Institution :

Rue/n° :

NPA/Ville :

Tél :

Courriel :

Date et signature :

A retourner par fax  
au 022 372 96 00  
ou par courriel  
à [claudine.kleyn@hcuge.ch](mailto:claudine.kleyn@hcuge.ch)