



**FICHE D’INSCRIPTION**

**Atelier de toxicité génomique**

**Test des comètes**

**8, 9 et 10 mars 2019**

*Veuillez remplir votre formulaire et le transmettre par courriel à*

[attox2018@outlook.com](mailto:attox2018@outlook.com)  *avant le* ***29 Février 2019***

1. **Identification du participant**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom:** ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ....... | **Prénom:**......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... |
| **Nationalité:**......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... | **Sexe:** ( )\* Femme ( )\* Homme |
| **E-Mail:**......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... | |
| **Tel:** ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... | |
| **Adresse postale:** ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ..... | |
| **Statut** (Enseignant, Chercheur, Docteur, Doctorant, Etudiant en Master) ......... ......... ......... ......... ........... | |
| **Structure de Recherche:** ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... .........  ......... ......... ......... ......... ............... ......... ......... ....................................................................... ......... ......... ......... ......... ......... ......... | |
| **Institution:** ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... | |
| **Université:** ......... ......... ......... ......... ......... ......... ........... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... .........  **Date Choisie :** **( )\* 08-03-2019 ( )\* 09-03-2019 ( )\* 10-03-2019** | |

**Nombre limité**

**Pour toute autre information, veuillez nous contacter par E-mail :** [attox2018@outlook.com](mailto:attox2018@outlook.com)

1. **Mode de payement**

**( )\* Bon de Commande ( )\* Virement bancaire ( )\* Espèces**

Les bons de commandes et les virements bancaires doivent être faits au nom de l’Association Tunisienne de Toxicologie (ATT). **Adresse :** Rue Avicenne , Faculté de Médicine Dentaire, 5019 Monastir TUNISIE**. GSM :** +21699301274 **Fax :** +21673461150 **Code fiscal:** 1125098/A **IBAN** TN 5914502502101700539151;

**RIB** :14 502 5021017005391 51, **Banque** Banque de l’habitat. Agence Monastir I