VB Congrès Evénement

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION PROFESSIONNELLE

A retourner par mail à **: sun@vbce.fr**

Nom

Prénom

Fonction

Date de naissance

Adresse civile

Adresse professionnelle

Téléphone

E-Mail

Organisme certifiant la validité des informations du bénéficiaire de l'invitation à participer au congrès

_____se déroulant à_____du_____au_____année _____

Organisme :Hôpital / Administration / Autre

Représentant légal de l'organisme

Cachet	Nom Prénom Fonction Signature

Ce document est obligatoire, conformément aux vérifications légales, dans le cadre d'une invitation délivrée par un organisme Européen à vocation médicale, dans le cadre des demandes d'obtention de visas temporaires.

loi n°98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France -- ordonnance N° 45-2658 du 2 novembre 1945 modifiée - circulaire NOR/INT/D/98/00108C du Ministère de l'Intérieur du 12 mai 1998 -- circulaire NOR/INT/D/98/00152C du Ministère de l'intérieur du 16 juillet 1998 .

IMPORTANT : Joindre la photocopie de votre passeport

Pour les étudiants/internes : Joindre la photocopie de la carte d'étudiant

Pour les professionnels : Joindre la photocopie du diplôme ou carte professionnelle

43, rue de l'Abbé Groult - 75015 Paris - Tél : 01 45 33 60 46
Sarl au capital de 7.622 Euros - RCS Paris B 422 238 303 - Code TVA : FR 694 222 383 03