

## **EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES 2018**

**BULLETIN A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE REGLEMENT**

### **ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE :**

**Mesure de la clarté nucale à l'Echographie Obstétricale du premier trimestre**

NOM : ..... PRENOM : .....

N° INSCRIPTION A L'ORDRE (obligatoire) : .....

LIEU D'EXERCICE : .....

.....

.....

TELEPHONE : ..... FAX : .....

MAIL (obligatoire) : .....

### **COTISATION 2018**

**70€**

Médecin Radiologue adhérent FNMR

ou SFR (si SFR joindre un justificatif)

Médecin Gynécologue

Sage-Femme

**120€**

Médecin Radiologue non adhérent FNMR ou SFR

Date :

Signature :