Remise de cabinet

Nom et prénom

Spécialité

Cabinet de groupe ☐ seul ☐

Adresse professionnelle

Adresse privée

Téléphone prof (ligne directe)

Téléphone privé

Téléphone portable

Adresse e-mail

Date de remise souhaitée

Expertise de votre cabinet souhaitée oui ☐ non ☐

Personne de contact : Denise GENOUD

Téléphone : 022 896 46 10 **Fax : 022 869 46 11** **Mail : info@gestmed.ch**