



**Demande d'inscription à l'Espace Médecins HTAP du site Internet
de Bayer Schering Pharma**

Nom :	_____
Prénom :	_____
Adresse postale :	_____
Code postal:	_____
Pays:	France
(Pour des raisons légales, seules les inscriptions en France sont acceptées)	
Téléphone :	__/__/__/__/__
Adresse e-mail :	_____@_____
(En caractère d'imprimerie SVP. Cette adresse ne sera pas communiquée à des tiers.)	
Acceptez-vous de recevoir des e-mails de notre part :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
N°ordre :	_____
Spécialité :	_____

Tous les champs sont obligatoires pour que votre inscription soit validée.

Nous vous remercions de nous retourner le présent formulaire complété à l'adresse ci-dessous, accompagné d'un des documents suivants :

- ordonnance barrée,
- copie de votre carte d'étudiant (si vous êtes en cours de spécialisation).

Bayer Santé SAS
Division Bayer Schering Pharma
BU Médecine Générale, Miguel-Angel Gallego
BP 60 114
59373 Loos Cedex

Ces documents nous sont légalement requis pour tout fichier, dans le cadre de la CNIL.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez nous joindre aux coordonnées en pied de page.