



OFFICE DES NATIONS UNIES GENEVE

Formulaire d'enregistrement

Date 26/10/2009

Svp, envoyer par fax le formulaire remplis au secrétariat de la conférence, et amener l'original avec vous lors de votre venue à Genève

Please, send this form by fax to the Conference Secretary and bring the original copy with you to the event



BIOBRIDGE EVENT 2009

THE REGENERATIVE MEDICINE CONFERENCE

Nom de la Délégation-Organisation / Organisation Name

Participant / Attendee

Nom de Famille / Last Name

Prénom / First Name

M.

Mme.

Mlle

Date de Naissance

Date of Birth

(JJ/MM/AAAA)

(DD/MM/YYYY)

Catégorie / Category

Academic

Speaker

Private sector

Press

Public sector

Staff

Other (specify)

Lieu d'obtention de la pièce d'identité / Place of Issue of ID

Numéros de Passeport ou ID / No of Passport or ID

Date de Validité / Validity Date

No de Téléphone / Tel No

No de Fax / Fax No

Occupation Officielle / Work - Position

Adresse Officielle Permanente / Permanent address

Obtention de la carte

Signature du participant

Date

Partie réservée pour la sécurité

No de Carte

Initiales, Officier ONU

Biobridge Foundation
Tél: +41 (0) 21 864 35 40

Rue de l'église, 5
Fax: +41 (0) 21 864 38 01

CH-1146 Mollens
info@biobridge-event.com

Switzerland
http://www.biobridge-event.com