

Stage de formation pré-grade en radiologie interventionnelle

| | |
|---|--|
| Nom de l'établissement : | |
| Nom du responsable : | |
| Nombre de places max. /an : | |
| Durée minimale/maximale du stage : | |
| Langue : | |
| Signature du responsable : | |

| | |
|---|--|
| Name des Spitals : | |
| Name der verantwortlichen Person : | |
| Max. Anzahl der Plätze /Jahr : | |
| Mindest-/Höchstdauer des Praktikums : | |
| Sprache : | |
| Unterschrift der verantwortlichen Person : | |