



9 / 10 décembre 2019

Centre de Congrès Cité Mondiale

BORDEAUX

**38^{ème} Séminaire
d'Enseignement
du Collège de Chirurgie
Pédiatrique**



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

A retourner accompagné du règlement à :

COMM Santé / Séminaire SFUPA

76 rue Marcel Sembat - 33 323 BÈGLES cedex

Tél : +33 (0)5 57 97 19 19 - Fax : +33 (0)5 57 97 19 15

info@comm-sante.com

IDENTITÉ

Pr Dr M. Mme

Nom Prénom.....

Organisme

Service.....

Adresse

.....

CP Ville

Pays

Tél..... Fax

Email

(obligatoire pour recevoir une confirmation)

Profession :

Chirurgien pédiatre

Néphrologue pédiatre

Pédiatre

Autre spécialité médicale - Préciser :

.....

Etudiant/e - Externe

Interne

Infirmier/ère

Cadre de santé

Avez-vous participé aux précédentes éditions ?

Si oui, lesquelles : 2018 2017 2016

Si non, comment avez-vous connu le Séminaire :

Internet Flyer Diffusion lors d'un autre congrès

Réseau professionnel

Autre :

CONDITIONS D'INSCRIPTION

- **Participant individuel** : inscription effective après réception du présent formulaire complété et accompagné du règlement.
- **Inscription prise en charge par un établissement** : inscription effective après réception du présent formulaire complété revêtu du cachet de l'établissement et /ou accompagné d'un bon de commande.

DROITS D'INSCRIPTION - tarifs net*	Jusqu'au 8/10/2019	A partir du 9/10/2018
Tarif individuel profession de santé	230€	350€
Tarif formation continue	350€	450€
Tarif étudiants - internes	150€	200€
Tarif société commerciale non partenaire	400€	500€
Soirée du congrès (lundi 9/12/2019)	30€	30€

*Incluant : accès aux conférences et aux symposia, documents du congrès, cocktail-déjeuner du 09/12/2019, pauses-café.

A REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE N° d'agrément COMM Santé : 723 304 095 33

Organisme payeur

Adresse

CP Ville

Tél..... Fax

Email (*obligatoire pour recevoir une confirmation*)

Cocher cette case pour recevoir une convention de formation

RÈGLEMENT

1/ Inscription €

2 / Soirée du congrès Nbre X 30 € €

TOTAL €

Par chèque bancaire en euros à l'ordre de COMM Santé

Par virement bancaire :

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

N° de compte : 52421287719 - Clé RIB : 61 - IBAN : FR76 1090 7000 0152 4212 8771 961

BIC : CCCPFRPPBDX - Domiciliation : BPACA BX TOURNY

Frais de virement à la charge de l'émetteur

Signature :

TRANSPORT

Souhaite recevoir fichet(s) de réduction SNCF

CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement auprès de COMM Santé.

• Jusqu'au 15/11/2019, remboursement avec retenue de 30€ pour frais de dossier

• A partir du 16/11/2019, aucun remboursement.

Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de la manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement.

J'ai pris connaissance des conditions générales de vente.

J'accepte que COMM Santé collecte et utilise les données personnelles que je viens de renseigner en accord avec la Politique de Protection des Données.

Cachet de l'établissement :

Date :/...../.....

Signature :