

# Congrès National de Fibromyalgie

Samedi 17 avril 2010 - DAX / L'Atrium

Formulaire d'inscription

## A retourner accompagné du règlement avant le 2 avril 2010 :

COMM Santé - 76 rue Marcel Sembat - 33 323 Bègles cedex - Tél : 05 57 97 19 19 - Fax : 05 57 97 19 15  
anne-sophie.perney@comm-sante.com

### • IDENTITÉ

Pr  Dr  M.  Mme  Melle

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Organisme/Etablissement \_\_\_\_\_

Service \_\_\_\_\_

Adresse de facturation \_\_\_\_\_

Code Postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email (obligatoire pour recevoir une confirmation) \_\_\_\_\_

### • TRANSPORT

**SNCF** Souhaite recevoir un fichet de réduction SNCF

**AIR France** Des réductions seront appliquées sur une très large gamme de tarifs dans toutes les classes de transport (Espace Première, Espace Affaires, Tempo) sur l'ensemble des vols Air France du monde. Pour obtenir les tarifs préférentiels consentis pour cet événement. **Code identifiant à communiquer lors de la réservation : 08744AF.** Lieu : Dax. Valable pour transport du 12/04/2010 au 22/04/2010.

### • TARIFS D'INSCRIPTIONS

Votre inscription sera effective après réception du présent formulaire complété et accompagné du règlement s'il y a lieu.

Merci de cocher les tarifs vous concernant	Jusqu'au 16/03/2010	A partir du 17/03/2010
Tarif formation continue	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 140 €
Médecins / Professionnels de santé	<input type="checkbox"/> 90 €	<input type="checkbox"/> 130 €
Para-médicaux	<input type="checkbox"/> 50 €	<input type="checkbox"/> 90 €
Déjeuner (en option payante)	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 35 €

Montant total : \_\_\_\_\_ €

Les droits d'inscription incluent : l'accès aux conférences, les pauses café et les mallettes contenant les documents du congrès.

### • ORGANISME DE FORMATION

Demande de convention : numéro d'agrément formation continue : 723 304 095 33

Souhaite recevoir une convention pour le tarif formation continue

Date

Signature

### • RÈGLEMENT

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

**Par virement bancaire** : BPSO Bordeaux Jean Jaurès

- Code banque : 10907 – Code guichet : 00001

- N° de compte : 420 21 04 28 19 – Clé RIB : 38

- Préciser le nom de l'émetteur afin d'identifier le règlement : \_\_\_\_\_

Frais de virement à la charge de l'émetteur

**Par carte bancaire** : Visa ou Mastercard

- Carte n° : \_\_\_\_\_

- Expire : ..... / .....

- Cryptogramme au dos de la carte : [ ] [ ] [ ] [ ]

(3 derniers chiffres – mention obligatoire)

- Autorise le début de ma carte de : [ ] [ ] [ ] [ ] €

- Date : \_\_\_\_\_

Signature

Une facture vous sera adressée sous quinzaine après le congrès.

### • CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

- Jusqu'au 16/03/2010, remboursement avec retenue de 15 € pour frais de dossier,

- A partir du 17/03/2010, aucun remboursement.

Les remboursements seront effectués après la date de la manifestation.

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

Cachet