



## BULLETIN D'INSCRIPTION

à retourner à :

COMM Santé - 76, rue Marcel Sembat - 33323 Bègles Cedex

Tél. 05 57 97 19 19 - Fax : 05 57 97 19 15

info@comm-sante.com

### Identité

Titre : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction :  Médecin     Directeur d'établissement     Cadre de santé     Infirmier(ère)     Etudiant, Interne  
 Psychiatre     Psychologue     Kinésithérapeute     Bénévole     Autres (Précisez).....

Spécialité :  Soins somatiques     Psychiatrie     Douleur     Soins palliatifs     Autres (Précisez).....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

**E-mail obligatoire :** .....

(la confirmation de votre inscription vous sera adressée par e-mail)

### A remplir dans le cadre d'une prise en charge

Etablissement : .....

Adresse de facturation : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

**E-mail obligatoire :** .....

(la confirmation de votre inscription vous sera adressée par e-mail)

### Demandes générales

Demande de convention uniquement pour les organismes prenant en charge les participants.

Demande de convention :  oui\*     non

(\*si oui, vous devez sélectionner au verso le Tarif Formation continue)

Numéro formateur COMM Santé : 723 304 095 33

**Attention : seules les demandes d'inscription accompagnées d'un chèque ou certifiées prises en charge par la formation seront traitées.**

### Transports

Trajet SNCF

Souhaite recevoir une fiche de réduction congrès.

Trajet Air France

Vous reporter aux instructions en page informations pratiques du programme.

### Hébergement

Souhaite recevoir une liste d'hôtels proches du congrès.

### Adhésion à l'association

Je souhaite adhérer à l'association et bénéficier de tarifs d'inscriptions préférentiels lors de mon inscription.

Je suis Médecin - je règle 40 euros

Je suis Para-médical - je règle 20 euros

**TOTAL ADHÉSION (1) .....**

## ■ Droits d'inscription

Toute souscription sur internet [www.anp3sm.com](http://www.anp3sm.com) donnera lieu à une remise de 10 euros sur le tarif initial d'inscription.

Sont inclus dans le coût d'inscription : l'accès aux conférences plénières et à l'exposition. Les documents de travail (programme et CD-Rom des résumés) vous seront remis sur place avec une attestation de présence et un badge.

N'oubliez pas de joindre votre règlement.

Cochez les cases et remplissez les champs correspondants.

Tarifs jusqu'au 15 avril 2010	Inscription 2 jours 1/2	Inscription 1 jour
Tarif membre ANPSSSM	<input type="checkbox"/> 260 euros	<input type="checkbox"/> 120 euros
Tarif général	<input type="checkbox"/> 280 euros	<input type="checkbox"/> 140 euros
Tarif formation continue	<input type="checkbox"/> 290 euros	<input type="checkbox"/> 160 euros
Tarif étudiant*	<input type="checkbox"/> 130 euros	<input type="checkbox"/> 80 euros
Tarifs à partir du 16 avril 2009		
Tarif membre ANPSSSM	<input type="checkbox"/> 295 euros	<input type="checkbox"/> 160 euros
Tarif général non membre	<input type="checkbox"/> 310 euros	<input type="checkbox"/> 180 euros
Tarif formation continue	<input type="checkbox"/> 330 euros	<input type="checkbox"/> 200 euros
Tarif étudiant*	<input type="checkbox"/> 150 euros	<input type="checkbox"/> 90 euros

\* Joindre obligatoirement la photocopie de la carte d'étudiant.

Préciser vos jours de présence au congrès :

Mercredi 9 juin

Jeudi 10 juin

Vendredi 11 juin

**TOTAL INSCRIPTION (2) .....**

## ■ Déjeuners du congrès

Nous vous proposons de déjeuner au restaurant universitaire de la Maison Internationale situé un étage en dessous des conférences pour la somme de 8 euros par jour et par déjeuner.

Jeudi 10 juin      8 euros x ..... = ..... euros

Vendredi 11 juin      8 euros x ..... = ..... euros

**Total déjeuners (3) .....**

**MONTANT TOTAL (1+2+3) ..... euros**

## ■ Mode de règlement

• Par chèque bancaire à l'ordre de COMM Santé (obligatoirement en euros)

• Par carte bancaire     VISA     Eurocard     Mastercard

Carte n° ..... Expire le .....

Autorise le débit de ma carte de ..... euros

Pictogramme ..... (3 derniers chiffres au dos de votre CB) .....

Date, signature

• Par virement bancaire :

Précisez le nom de l'émetteur afin d'identifier le règlement

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001 - Compte N° : 35821119593 - Clé RIB : 25

Domiciliation : BPSO Jean Jaurès - IBAN : FR 76 1090 7000 0135 8211 1959 325 - Adresse SWIFT : CCBPFRPPBDX

**Les factures sont envoyées systématiquement à l'issue de votre participation au congrès.**

**NB : les bulletins sans justificatif de paiement ne pourront pas être pris en considération.**

**Aucune inscription ne sera acceptée par téléphone.**

## ■ Conditions d'annulation

**Aucun remboursement ne sera effectué après le 9 mai 2010.**

Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de cette manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement. L'annulation doit être adressée par courrier. Les remboursements seront tous effectués après la date de la manifestation.