

8^e JOURNÉE
FRANCOPHONE
MULTIDISCIPLINAIRE
DE
L'AMYLOSE

Vendredi 18 décembre 2020

Espace Saint-Martin ■ PARIS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

A RETOURNER accompagné du règlement à :

COMM Santé

8^e Journée Francophone Multidisciplinaire de l'Amylose

76 rue Marcel Sembat - 33 323 BÈGLES cedex

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

priscilla.pitrel@comm-sante.com

INSCRIPTION EN LIGNE :
www.congres-amylose.com

IDENTITÉ

Pr Dr M. Mme

Nom Prénom

Organisme

Service

Adresse.....

CP Ville

Tél.Fax

Email

(obligatoire pour recevoir une confirmation)

Profession :

Anato-mo-pathologiste

Biologiste

Cadre de santé

Cardiologue

Chercheur

Chirurgien

Etudiant/e

Généticien/ne

Gériatre

Hématologue

Immunologue

Infirmier/ère

Interne

Médecin interniste

Médecin nucléaire

Néphrologue

Neurologue

Neuro-physiologiste

Pneumologue

Psychiatre

Psychologue

Radiologue

Rhumatologue

Autre - Préciser :

.....

MODALITÉS 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.
- **Inscription sur place** : le tarif majoré sera appliqué.

Avez-vous participé aux précédentes éditions de la Journée Francophone Multidisciplinaire de l'Amylose ?

Si oui, lesquelles : 2019 2018 2017

Si non, comment avez-vous connu la Journée :

E-mailing Internet Information diffusée sur un congrès Autre :

Tarifs net	Avant le 11 décembre	Sur place
Médecins	100€	130€
Chercheurs	90€	120€
Professionnels para-médicaux	70€	80€
Etudiants / internes (<i>sur présentation d'un justificatif</i>)	40€	60€
Représentants de sociétés non partenaires du congrès	150€	170€
Formation continue	170€	-

Les droits d'inscription incluent : l'accès aux sessions scientifiques, les pauses-café, le cocktail-déjeunatoire.

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*)

Souhaite recevoir une convention de formation

RÈGLEMENT

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

Par virement bancaire :

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

N° de compte : 02021273181 - Clé RIB : 83 - IBAN : FR76 1090 7000 0102 0212 7318 183

BIC : CCBPFRPPBDX - Domiciliation : BPACA BX TOURNY - *Frais de virement à la charge de l'émetteur*

CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

> Jusqu'au 11/12/2020, remboursement avec retenue de 20€ pour frais de dossier

> A partir du 11/12/2020, aucun remboursement.

Les remboursements seront effectués après le congrès.

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

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

Cachet :

Signature :

--