



# CARTE REPONSE

A retourner accompagnée du règlement avant le 15 janvier 2011

Pr  Dr  M.  Mme  Melle

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Organisme \_\_\_\_\_

Service \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

E.mail (obligatoire pour recevoir une confirmation) \_\_\_\_\_

## ■ Droits d'inscription :

Professionnels médicaux et para-médicaux 60 euros

Etudiants, internes, chefs de clinique (joindre un justificatif) 30 euros

Inscription sur place : tarif unique majoré 70 euros

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

Votre inscription sera effective après réception du présent formulaire complété et accompagné du règlement.

■ **Je participerai :**  Aux communications  Au cocktail-déjeunatoire

## ■ Mode de règlement :

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

Par carte bancaire : Visa ou Mastercard

Carte n° : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Expire le : \_\_\_\_/\_\_\_\_

- Cryptogramme au dos de la carte : \_\_\_\_ (3 derniers chiffres - mention obligatoire)

- Autorise le début de ma carte de : \_\_\_\_\_ euros

- Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Signature :

*La facture acquittée vous sera adressée après le congrès.*

## ■ Conditions d'annulation sur demande écrite exclusivement :

- Jusqu'au 15/01/2011, remboursement avec retenue de 15 euros pour frais de dossier,

- A partir du 15/01/2011, 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.*

Date

Signature

Cachet

**NOMBRE  
DE PLACES LIMITÉ**

